



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visitas de los 9 a los 10 años

Para poder brindarle a su hijo(a) la mejor atención posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.
Por favor rodee con un círculo Sí o No para responder a cada pregunta. Muchas gracias.

La escuela		
¿Muestra usted interés en la escuela de su hijo(a) y en sus actividades después de la escuela?	Sí	No
¿Tiene rutinas fijas para las tareas de su hijo y crea un ambiente tranquilo para hacerlas?	Sí	No
¿Sabe cuáles son las señas de que a su hijo lo están agrediendo o molestando en la escuela?	Sí	No
Su hijo(a) en crecimiento: Desarrollo y salud mental		
¿Realiza su hijo(a) quehaceres sencillos alrededor de la casa?	Sí	No
¿Estimula a su hijo a tomar buenas decisiones?	Sí	No
¿Es su hijo una persona feliz?	Sí	No
¿Ha estado teniendo su hijo problemas recientes en la escuela o la casa?	No	Sí
¿Le enseña a su hijo que no es correcto usar alcohol, cigarrillos y drogas?	Sí	No
¿Contesta las preguntas de su hijo acerca del sexo?	Sí	No
¿Le enseña a su hijo que es importante que espere para tener sexo?	Sí	No
¿Sabe su hijo que nunca está bien que un adulto le pida que le oculte algo a sus padres?	Sí	No
¿Sabe su hijo que nunca es correcto que un niño mayor o un adulto le pida ver sus partes privadas?	Sí	No
¿Se siente cómodo(a) de hablarle a su hijo y responderle preguntas sobre los cambios de su cuerpo?	Sí	No
Mantenerse saludable: Nutrición y actividad física		
¿Come su hijo por lo menos 5 porciones de frutas y vegetales al día?	Sí	No
¿Toma su hijo por lo menos 3 porciones de leche baja en grasa al día o come yogurt o queso?	Sí	No
¿Se desayuna su hijo regularmente?	Sí	No
¿Limita las comidas grasosas, los dulces, los refrescos, los bocaditos salados y la comida chatarra?	Sí	No
¿Se sientan a comer en familia por lo menos una vez a la semana?	Sí	No
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su hijo?	No	Sí
¿Se mantiene activo su hijo por una hora al día como mínimo?	Sí	No
¿Ve su hijo televisión, juega videojuegos o usa la computadora (sin incluir tareas) por más de 2 horas al día?	No	Sí



Dientes sanos: Salud dental

¿Se lava su hijo los dientes dos veces al día?	Sí	No
¿Usa su hijo hilo dental una vez al día?	Sí	No
¿Va su hijo al dentista dos veces al año?	Sí	No
Cuando su hijo practica deportes, ¿usa siempre un protector bucal para cuidar sus dientes?	Sí	No

Seguridad

¿Fuma alguien alrededor de su hijo?	No	Sí	
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?	Sí	No	
¿Le dice a su hijo que es malo usar drogas?	Sí	No	
¿Sabe su hijo cómo obtener ayuda en una emergencia si usted no está a su lado?	Sí	No	
¿Usan todos los miembros de su familia el cinturón de seguridad del auto?	Sí	No	
Cada vez que su hijo va en un auto, ¿se sienta en el asiento trasero en una silla elevadora con el cinturón de seguridad puesto?	Sí	No	
¿Usa su hijo un casco y otro equipo de protección siempre que monta en bicicleta, patina o esquí?	Sí	No	
¿Sabe su hijo nadar y nada sólo cuando un adulto está observándolo?	Sí	No	
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que va a salir a jugar o a nadar?	Sí	No	
¿Tiene un arma de fuego alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa tiempo?	No	Sí	
Si tiene armas, ¿las guarda sin municiones y bajo llave y las municiones en otro lugar bajo llave?	N/A	Sí	No
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus respectivas familias?	Sí	No	



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.