



# Cuestionario suplementario de Bright Futures para adolescentes Visitas de la adolescencia temprana

Para poder brindarte la mejor atención posible, nos gustaría conocerte mejor y saber cómo estás. Lo que hablemos será en privado. Esperamos que nos hables abiertamente sobre tu vida y tu salud. Esta información no la compartiremos con nadie sin tu permiso, a menos que creamos que alguien está en peligro. Gracias por tu tiempo.

Tu nombre \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Tu edad \_\_\_\_\_ Tu sexo (rodea con un círculo): M F Tu grado (en la escuela) \_\_\_\_\_

## Tu cuerpo cambia y crece: Crecimiento y desarrollo físico

1.	¿Vives en la casa de tus padres?	Sí	A veces	No
2.	¿Recibes cuidado de salud por parte de alguien distinto a un médico (como acupunturista, herbalista o curandero)?	No		Sí
3.	¿Te lavas los dientes dos veces al día?	Sí		No
4.	¿Usas hilo dental una vez al día?	Sí		No
5.	¿Has ido al dentista en el último año?	Sí		No
6.	¿Comes 5 o más porciones de frutas y vegetales al día?	Sí		No
7.	¿Tomas leche y comes yogurt, queso u otras comidas ricas en calcio (como vegetales de hoja verde oscuro o jugo de naranja o cereal enriquecido con calcio) por lo menos 3 veces al día?	Sí		No
8.	¿Comes más de una vez a la semana en un restaurante de comida rápida?	No	A veces	Sí
9.	¿Participas en actividades físicas como caminar, andar en patineta, bailar, nadar o jugar baloncesto por un total de una hora diaria?	Sí		No
10.	¿Tomas más de un refresco o más de un vaso de jugo al día?	No		Sí
11.	¿Ves televisión, juegas videojuegos o pasas tiempo frente a la computadora por más de 2 horas al día (sin contar el tiempo que haces tareas en la computadora)?	No		Sí
12.	¿Tienes inquietudes o preguntas sobre el tamaño o la forma de tu cuerpo o tu aspecto físico?	No		Sí
13.	¿Tienes algún problema con tu peso (como bajo de peso, sobrepeso, anorexia o bulimia)?	No		Sí
14.	¿Sigues una dieta para perder peso?	No		Sí
15.	¿Te sientas a comer en familia?	Sí		No
16.	¿Has hablado con tus padres sobre tus cambios corporales y la pubertad?	Sí		No
17.	¿Tienes un televisor en tu alcoba?	No		Sí
18.	¿Has hablado con tus padres sobre esperar para tener relaciones sexuales?	Sí		No
19.	Si eres niña: ¿Te ha llegado tu primer período o menstruación?	Sí		No
20.	Si contestaste "Sí", ¿tienes problemas con tus períodos o tienes preguntas sobre esto?	No	A veces	Sí



### La escuela y los amigos: Aptitud social y académica

21.	¿Vas a la escuela?	Sí		No
22.	¿Tienes problema en la escuela? Rodea con un círculo todos que correspondan: peores notas que el año pasado tareas perdiendo asignaturas te suspendieron este año peleas faltas a la escuela otro _____	No	A veces	Sí
23.	¿Es importante para ti que te vaya bien en la escuela?	Sí		No
24.	¿Conocen tus padres a tus amigos y a las familias de tus amigos?	Sí		No
25.	¿Tratas de ver las cosas desde el punto de vista de otra persona?	Sí		No
26.	¿Tratas de resolver las cosas por tu cuenta?	Sí		No

### Violencia y lesiones: Prevención de violencia y lesiones

27.	¿Usas siempre el cinturón de seguridad al ir en un auto, camión o camioneta?	Sí	A veces	No
28.	¿Alguna vez llevas armas (aunque sea para protegerte) o tienes acceso a un arma en la casa o en lugares donde pasas tiempo?	No	A veces	Sí
29.	¿Usas casco al patinar, usar la patineta, montar en bicicleta, esquiar o deslizarte en la nieve?	Sí	A veces	No
30.	¿Alguien en la casa, la escuela o en cualquier otro lugar te ha hecho sentir miedo, te ha amenazado o te ha lastimado?	No		Sí
31.	¿Tienes una persona a la que puedas llamar para que te recoja si te sientes que corres peligro con alguien?	Sí		No

### Tus sentimientos: Bienestar emocional

32.	A pesar de los altibajos normales, ¿sientes que disfrutas de la vida?	Sí		No
33.	¿Te elogian tus padres cuando haces algo bueno o aprendes algo nuevo?	Sí		No
34.	¿Pasas tiempo hablando con tus padres todos los días?	Sí		No
35.	¿Hablas claramente con tus padres sobre las reglas y cómo debes actuar?	Sí		No
36.	¿Te preocupas demasiado o sientes que tienes mucho estrés?	No	A veces	Sí
37.	Cuando te enojas, ¿haces cosas violentas?	No		Sí
38.	¿Sientes que a cada momento recuerdas o piensas en una experiencia desagradable que te ocurrió en el pasado?	No		Sí
39.	¿Haces cosas en familia?	Sí		No
40.	En las últimas semanas, ¿te has sentido a menudo triste o decaído(a), no duermes bien o te sientes irritable con frecuencia o como si no tuvieras nada que esperar en la vida?	No		Sí



## Tus sentimientos: Bienestar emocional viene de la página 2

41.	¿Habras con tus padres sobre relaciones y sexo?	Sí		No
42.	¿Habras con tus padres sobre alcohol y drogas?	Sí		No
43.	¿Has pensado alguna vez seriamente en quitarte la vida, has hecho un plan o has tratado de matarte?	No		Sí

## Conductas saludables: Reducción de riesgos

44.	¿Alguna persona con la que vives fuma cigarrillos, cigarros o mastica tabaco?	No	A veces	Sí
45.	Alguna vez...			
	¿Has tomado alcohol?	No	A veces	Sí
	¿Has tomado algo para sentirte en las nubes, permanecer despierto, calmarte o dormir?	No	A veces	Sí
	¿Has usado marihuana?	No	A veces	Sí
	¿Has usado drogas (cocaína, crack, heroína, éxtasis, inhalantes de metanfetamina o píldoras)?	No	A veces	Sí
<b>Si contestaste "Sí" o "A veces", completa las preguntas 46 a 51.</b>				
46.	¿Has viajado alguna vez en un auto conducido por alguien (incluido tú) que estaba drogado o que había estado usando alcohol o drogas?	No	A veces	Sí
47.	¿Usas drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo(a) o sentir que encajas?	No	A veces	Sí
48.	¿Has usado alcohol o drogas a solas?	No		Sí
49.	¿Has olvidado cosas que hiciste habiendo bebido o usado drogas?	No	A veces	Sí
50.	¿Te han dicho tus familiares o amigos que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?	No		Sí
51.	¿Te has metido en problemas mientras usabas alcohol o drogas?	No		Sí
52.	¿Te has perforado el cuerpo (sin incluir las orejas) o te has hecho un tatuaje?	No		Sí
53.	¿Te han obligado o presionado alguna vez a hacer algo sexual que no querías hacer?	No		Sí
54.	¿Has tenido sexo alguna vez (incluyendo penetración o sexo oral)? <b>Si contestaste "Sí", completa las preguntas 55 a 58.</b>	No		Sí
55.	¿Estás teniendo sexo sin protección?	No		Sí
56.	¿Tuviste tu <b>primera</b> relación sexual con penetración hace más de tres años?	No		Sí
57.	¿Has sido sexualmente activa y has tenido un retraso en el período en los últimos 2 meses?	No		Sí
58.	¿Has sido sexualmente activo(a) sin usar un método anticonceptivo (para evitar un embarazo)?	No		Sí

Cuestionario CRAFFT sobre abuso de sustancias entre pacientes adolescentes con permiso de Knight Jr, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:607-614



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.



# Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visitas de niño mayor/adolescente joven

El nombre de su hijo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

La edad de su hijo(a) \_\_\_\_\_ El sexo de su hijo(a) (rodée con un círculo): M F Grado (en la escuela) de su hijo(a) \_\_\_\_\_

## Su hijo(a) cambia y crece: Crecimiento y desarrollo físico

1.	¿Vive su hijo(a) en su casa?	Sí	A veces	No
2.	¿Recibe su hijo cuidado de salud por parte de alguien distinto a un médico (como acupunturista, herbalista o curandero)?	No		Sí
3.	¿Se lava los dientes su hijo dos veces al día?	Sí		No
4.	¿Usa su hijo hilo dental una vez al día?	Sí		No
5.	¿Ha ido su hijo al dentista en el último año?	Sí		No
6.	¿Come su hijo 5 o más porciones de frutas y vegetales al día?	Sí		No
7.	¿Toma su hijo leche y come yogurt, queso u otras comidas ricas en calcio (como vegetales de hoja verde oscuro o jugo de naranja o cereal enriquecido con calcio) por lo menos 3 veces al día?	Sí		No
8.	¿Come su hijo más de una vez a la semana en un restaurante de comida rápida?	No	A veces	Sí
9.	¿Participa su hijo en actividades físicas como caminar, andar en patineta, bailar, nadar o jugar baloncesto por un total de una hora diaria?	Sí		No
10.	¿Toma su hijo más de un refresco o más de un vaso de jugo al día?	No		Sí
11.	¿Ve su hijo televisión, juega videojuegos o pasa tiempo frente a la computadora por más de 2 horas al día (sin contar el tiempo que hace tareas en la computadora)?	No		Sí
12.	¿Tiene su hijo algún problema con su peso (como bajo de peso, sobrepeso, anorexia o bulimia)?	No		Sí
13.	¿Se sientan a comer en familia?	Sí		No
14.	¿Han hablado usted y su hijo sobre los cambios físicos y emocionales que ocurren durante la pubertad?	Sí		No
15.	¿Tiene su hijo un televisor en su alcoba?	No		Sí
16.	¿Ha hablado con su hijo sobre esperar para tener relaciones sexuales?	Sí		No
17.	Para su hija: ¿Le ha llegado el primer período o menstruación?	Sí		No
18.	Si así es, ¿tiene la niña problemas con sus períodos o tienes preguntas sobre esto?	No	A veces	Sí



### La escuela y los amigos: Aptitud social y académica

19.	¿Va su hijo a la escuela?	Sí		No
20.	¿Tiene su hijo algún problema en la escuela? Rodee con un círculo todos lo que correspondan: peores notas que el año pasado perdiendo asignaturas      tareas      te suspendieron este año      peleas faltas a la escuela      otro _____	No	A veces	Sí
21.	¿Es importante para usted y su hijo tener un buen desempeño escolar?	Sí		No
22.	¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus respectivas familias?	Sí		No
23.	¿Le ayuda a su hijo a ver las cosas desde el punto de vista de otra persona?	Sí		No
24.	¿Estimula a su hijo a pensar en las soluciones en lugar de darle las respuestas?	Sí		No

### Violencia y lesiones: Prevención de violencia y lesiones

25.	¿Usa su hijo el cinturón de seguridad siempre que va en un auto, camión o camioneta?	Sí	A veces	No
26.	¿Tiene su hijo acceso a un arma en la casa o en lugares donde pasas tiempo?	No	A veces	Sí
27.	¿Usa su hijo un casco al patinar, usar la patineta, andar en bicicleta, esquiar o deslizarse en la nieve?	Sí	A veces	No
28.	¿Alguien en la casa, la escuela o en cualquier otro lugar le ha hecho sentir miedo a su hijo, lo ha amenazado o lo ha lastimado?	No		Sí
29.	¿Usa su hijo el equipo de protección al participar en deportes de equipo?	Sí		No

### Sentirse feliz: Bienestar emocional

30.	A pesar de los altibajos normales, ¿cree que su hijo disfruta de la vida?	Sí		No
31.	¿Elogia a su hijo cuando hace algo bueno o aprende algo nuevo?	Sí		No
32.	¿Dedica un tiempo a hablar con su hijo todos los días?	Sí		No
33.	¿Habla claramente con su hijo sobre las reglas familiares?	Sí		No
34.	¿Se preocupa demasiado su hijo o tiene mucho estrés?	No	A veces	Sí
35.	Cuando su hijo se enoja, ¿haces cosas violentas?	No		Sí
36.	¿Continúa su hijo recordando, pensando o hablando de una experiencia desagradable que le ocurrió en el pasado?	No		Sí



### Sentirse feliz: Bienestar emocional viene de la página 2

37.	En las últimas semanas, ¿se ha sentido su hijo a menudo triste o decaído(a), no duerme bien o se siente irritable con frecuencia o como si no tuviera nada que esperar en la vida?	No		Sí
38.	¿Habla con su hijo sobre las relaciones y el sexo?	Sí		No
39.	¿Habla con su hijo sobre el alcohol y las drogas?	Sí		No
40.	¿Ha pensado su hijo alguna vez seriamente en quitarse la vida, ha hecho un plan o ha tratado de matarse?	No		Sí

### Conductas saludables: Reducción de riesgos

41.	¿Alguna persona con la que usted vive fuma cigarrillos, cigarros o mastica tabaco?	No	A veces	Sí
-----	--	----	---------	----



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, Actualizado en 10/11. 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.