



Cuestionario suplementario de Bright Futures para adolescentes Visitas de los 15 a los 17 años

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		No
2.	¿Vas a la escuela?	Sí		No
3.	¿Tienes problemas en la escuela o el trabajo? Rodea con un círculo todos que correspondan: peores notas que el año pasado peleas tareas te suspendieron en el último año faltas a la escuela o al trabajo otro _____	No		Sí
4.	¿Recibes cuidado de salud por parte de alguien distinto a un médico (como acupunturista, herbalista o curandero)?	No		Sí
5.	¿Te lavas los dientes dos veces al día?	Sí		No
6.	¿Usas hilo dental una vez al día?	Sí		No
7.	¿Has ido al dentista en el último año?	Sí		No
8.	¿Comes 5 o más porciones de frutas y vegetales al día?	Sí		No
9.	¿Tomas leche y comes yogurt, queso u otras comidas ricas en calcio (como vegetales de hoja verde oscuro o jugo de naranja enriquecido con calcio) por lo menos 3 veces al día?	Sí	A veces	No
10.	¿Comes más de una vez a la semana en un restaurante de comida rápida?	No	A veces	Sí
11.	¿Participas en actividades físicas como caminar, andar en patineta, bailar, nadar o jugar baloncesto por un total de una hora diaria?	Sí		No
12.	¿Tomas más de un refresco o más de un vaso de jugo al día?	No		Sí
13.	¿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
14.	¿Tienes inquietudes o preguntas sobre el tamaño o la forma de tu cuerpo o tu aspecto físico?	No		Sí
15.	En el último año, ¿has tratado de perder peso o de controlar tu peso vomitando, tomando píldoras de dieta o laxantes o dejando de comer?	No		Sí
16.	¿Te sientas a comer en familia?	Sí		No



Tu cuerpo cambia y crece: Crecimiento y desarrollo físico viene de la página 1

17.	¿Eres homosexual, lesbiana, bisexual o transgénero o te has preguntado si lo eres?	No	A veces	Sí
18.	Si eres niña: ¿Te ha llegado tu primer período o menstruación?	Sí		No
19.	Si contestaste "Sí", ¿tienes problemas con tus períodos o tienes preguntas sobre esto?	No	A veces	Sí

Violencia y lesiones: Prevención de violencia y lesiones

20.	¿Usas siempre el cinturón de seguridad al ir o conducir un auto, camión o camioneta?	Sí	A veces	No
21.	¿Llevas contigo un arma en alguna ocasión?	No		Sí
22.	¿Tienes tú o alguien con quien vives una pistola, un rifle u otra arma de fuego?	No		Sí
23.	¿Usas casco al practicar deportes en equipo, patinar, usar la patineta, montar en bicicleta, esquiar deslizarte en la nieve o usar una motocicleta, moto de cuatro ruedas, minicicla o moto de nieve?	Sí	A veces	No
24.	¿Ya estás aprendiendo a conducir?	Sí		No
25.	¿Usas el teléfono celular o los audífonos mientras conduces?	No	A veces	Sí
26.	¿Alguna vez 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

Tus sentimientos: Bienestar emocional

27.	A pesar de los altibajos normales, ¿sientes que disfrutas de la vida?	Sí		No
28.	¿Te llevas bien con tu familia?	Sí	A veces	No
29.	¿Sigues las reglas familiares?	Sí		No
30.	¿Te preocupas demasiado o sientes que tienes mucho estrés?	No	A veces	Sí
31.	¿Son todas tus relaciones con novias/novios, amigos y familiares libres de violencia y abuso?	Sí		No
32.	Cuando te enojas, ¿haces cosas violentas?	No	A veces	Sí
33.	¿Sientes que a cada momento recuerdas o piensas en una experiencia desagradable que te ocurrió en el pasado?	No	A veces	Sí
34.	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
35.	¿Has pensado alguna vez seriamente en quitarte la vida, has hecho un plan o has tratado en realidad de matarte?	No		Sí



Conductas saludables: Reducción de riesgos

36.	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
Si contestaste "Sí" o "A veces", completa las preguntas 37 a 42.				
37.	¿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
38.	¿Usas drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo(a) o sentir que encajas?	No	A veces	Sí
39.	¿Usas alcohol o drogas a solas?	No		Sí
40.	¿Se te han olvidado las cosas que hiciste habiendo bebido o usado drogas?	No	A veces	Sí
41.	¿Te dicen tus familiares o amigos que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?	No		Sí
42.	¿Te has metido en problemas mientras usabas alcohol o drogas?	No		Sí
43.	¿Te has perforado el cuerpo (sin incluir las orejas) o te has hecho un tatuaje?	No		Sí
44.	¿Te han obligado o presionado alguna vez a hacer algo sexual que no querías hacer?	No		Sí
45.	¿Has tenido sexo alguna vez (incluyendo penetración o sexo oral)? En caso afirmativo, completa las preguntas 46 a 49.	No		Sí
46.	¿Estás usando un método para prevenir embarazos? (¿Cuál? _____)	Sí		No
47.	¿Has estado embarazada o has embarazado a alguien?	No		Sí
48.	¿Han sido tus parejas tanto hombres como mujeres?	No		Sí
49.	¿Crees que tú o tu pareja podrían tener una infección de transmisión sexual?	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.