



Wilson Area School Health

W.A.S.H. Center
1210 Forest Hills Road NW
Wilson, NC 27893
252-360-0769

Dear Parent:

The Wilson County School Based Health Center advocates for the health of children and addresses a broad range of needs. Our purpose is to provide affordable, and accessible, physical, and preventive health services to adolescents.

The Wilson County School Based Health Center here at Forest Hills Middle School is located on the campus and is open Monday through Friday from 8am to 4pm. The staff includes a full time Registered Nurse, an Advanced Practice Provider (APP), and an Office Coordinator.

Students with health insurance or Medicaid coverage will be asked to provide information to allow for billing of medical services. Students without insurance coverage will be billed on a sliding fee scale according to their household income and number of supported members in the household. Please contact our office to discuss income sources. The Wilson County School Based Health Center **can bill most commercial insurances and Medicaid**. No sick student that has a signed consent form will be turned away for failure to pay or lack of insurance.

The goal for the Wilson County School Based Health Center is to help students succeed in school by promoting healthy lifestyles, and providing comprehensive health care to meet the needs of all students.

If you have any questions or concerns, please contact Wilson County Health Department at 252-237-3141 or the W.A.S.H. Center at 252-360-0769. We appreciate your interest and support of the Wilson County School Based Health Center.

Thank you,

W.A.S.H. Center Staff



Wilson Area School Health

W.A.S.H. Center
1210 Forest Hills Road NW
Wilson, NC 27893
252-360-0769

Estimados Padres:

El Centro de Salud de la Escuela del Condado de Wilson aboga por la salud de los niños y abarca una amplia cobertura de necesidades. Nuestro propósito es proporcionar servicios de salud preventivos y asequibles, accesibles y físicos a los adolescentes

El Centro de Salud de la Escuela del Condado de Wilson aquí en la Escuela Intermedia Forest Hills está ubicado en el campus y está abierto de lunes a viernes de 8am a 4pm. El personal incluye una enfermera registrada de tiempo completo, Proveedor de práctica avanzada y un coordinador de oficina.

A los estudiantes con seguro de salud o cobertura de Medicaid se les pedirá que proporcionen información para permitir la facturación de servicios médicos. Los estudiantes sin cobertura de seguro serán facturados en una escala de honorarios móviles de acuerdo a su ingreso familiar y número de miembros apoyados en el hogar. Comuníquese con nuestra oficina para discutir las fuentes de ingresos. El Centro de Salud Escolar del Condado de Wilson puede facturar la mayoría de los seguros comerciales y Medicaid. Ningún estudiante enfermo que tenga un formulario de consentimiento firmado será rechazado por falta de pago o falta de seguro. El objetivo del Centro de Salud basado en la Escuela del Condado de Wilson es ayudar a los estudiantes a tener éxito en la escuela promoviendo estilos de vida saludables y proporcionando atención médica integral para satisfacer las necesidades de todos los estudiantes.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Departamento de Salud del Condado de Wilson al 252-237-3141 o al W.A.S.H. Centro al 252-360-0769. Agradecemos su interés y apoyo del Centro de Salud Escolar del Condado de Wilson.

Gracias,

W.A.S.H. Center Staff

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

**WILSON COUNTY SCHOOL BASED HEALTH CENTER NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
WE ARE REQUIRED BY LAW TO PROTECT MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU.**

Each time you visit a hospital, physician or healthcare provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record, serves as a:

- Basis for planning your care and treatment
- Means of communication among the many health professionals who contribute to your care
- Legal document describing the care you receive
- Means by which you or a third-party payer can verify that services billed were actually provided a tool in educating health professionals
- A source of data for medical research
- A source of information for public health officials charged with improving the health of the nation
- A source of data for facility planning and marketing
- A tool we can assess and continually work to improve the care we render and outcomes we achieve

Understanding what is in your record and how your health information is used to help you to ensure its accuracy, better understand who, what, when, where, and why others may access your information so you can make more informed decisions when authorizing disclosures to others.

Your Health Information Rights

Although your health record is the physical property of the healthcare provider or facility that compiled it, the information belongs to you. You have the right to:

- Request a restriction on certain uses and disclosures of your information
- Obtain an accounting of disclosures of your health information
- Request communication of your health information by alternative means or locations
- Revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken

Our Responsibilities

This organization (Wilson County School Based Health Center) is required to:

- Maintain the privacy of your health information
- Provide you with a notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you
- Abide by the terms of this notice
- Notify you if we were unable to agree to a requested restriction
- Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations.

Examples of Disclosures for Treatment, Payment and Health Operations

- We will use your health information with treatment
- We will use your health information for payment
- We will use your health information for regular health operation

Business Associates: There are some services provided in our organization through contracts with business associates. When these services are contracted, we may disclose your health information to them so that they can provide the service we've asked them to do and bill you at your third party payer for services rendered. All standards of confidentiality are rendered under Wilson County Health Department policy.

Notification: We may disclose information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, your location, and general condition.

Communication with family: Health professionals, using their best judgment, may disclose to a family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to your care.

Food and Drug Administration (FDA): We may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product/product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs, or replacement.

Public Health: As required by law, we may disclose your health information or public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury, or disability.

Law Enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena. Federal law makes provisions for your health information to be released to an appropriate health oversight agency, public health authority or attorney, provided that a workforce member or business associate believes in good faith that we have engaged in unlawful conduct or have otherwise violated professional or clinical standards and are potentially endangering one or more patients, workers or in the public.

If you have any questions concerning these Privacy Practices you may contact the privacy Officer at (252) 237-3141.

I have read and understand the Notice of Privacy Practices of the Wilson County School Based Health Center.

Signature _____ Date _____

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

WILSON COUNTY SCHOOL BASED HEALTH CENTER NOTICE OF PRIVACY PRACTICES CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE WILSON AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTAMOS REQUERIDOS POR LEY PARA PROTEGER LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED.

Cada vez que visita un hospital, médico o proveedor de atención médica, se realiza un registro de su visita.

Normalmente, este registro contiene los síntomas, los exámenes y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo conocida como su historial médico o de salud, sirve como:

- Bases para planificar su atención y tratamiento
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado
- Documento legal que describe la atención que recibe
- Medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados realmente fueron una herramienta para educar a los profesionales de la salud
- Una fuente de datos para la investigación médica
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- Una fuente de datos para la planificación y comercialización de instalaciones
- Una herramienta que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que hacemos y los resultados que alcanzamos

Comprender lo que está en su expediente y cómo se utiliza su información de salud para ayudarle a asegurar su exactitud, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información para que pueda tomar decisiones más informadas al autorizar revelaciones a otros

Sus Derechos de Información sobre la Salud

Aunque su historial de salud es la propiedad física del proveedor de atención médica o la instalación que lo compilaron, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información
- Obtener una explicación de las revelaciones de su información de salud
- Solicitar comunicación de su información de salud por medios alternativos o ubicaciones
- Revocar su autorización para usar o revelar información de salud excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas

Nuestras Responsabilidades

Esta organización (Wilson County School Based Health Center) está obligada a:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted
- Cumplir con los términos de este aviso
- Notificarle si no pudimos aceptar una restricción solicitada
- Acomodar solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

Ejemplos de revelaciones para operaciones de tratamiento, pago y salud

- Usaremos su información de salud con tratamiento
- Usaremos su información de salud para el pago
- Usaremos su información de salud para operaciones regulares de salud

Asociados de Negocios: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Cuando estos servicios son contratados, podemos divulgar su información de salud a ellos para que puedan proporcionar el servicio que les hemos pedido y facturarle a su tercero pagador por servicios prestados. Todos los estándares de confidencialidad se dan bajo la política del Departamento de Salud del Condado de Wilson.

Notificación: Podemos revelar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: Los profesionales de la salud pueden revelar a un familiar, otro familiar, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés): Podemos divulgar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, defectos de productos / productos o información de vigilancia post comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos.

Salud Pública: Según lo requerido por la ley, podemos revelar su información de salud o autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar información de salud para propósitos de aplicación de la ley como lo requiere la ley o en respuesta a una citación judicial válida. La ley federal provee provisiones para que su información de salud sea divulgada a una agencia apropiada de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado, siempre que un miembro de la fuerza de trabajo o socio de negocios crea de buena fe que tenemos Participan en conductas ilícitas o han violado normas profesionales o clínicas y están potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o en el público.

Si tiene alguna pregunta relacionada con estas Prácticas de Privacidad, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad al (252) 237-3141.

He leído y entiendo la Notificación de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Escolar del Condado de Wilson.

Firma _____ Fecha _____

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

WILSON COUNTY SCHOOL BASED HEALTH CENTER

School Year 2017-2018 (July 1, 2017-June 30, 2018)

**NOTE: This Permission Form is valid for the 2017-2018 school year. Please complete in black ink.
*If Legal Guardian, you must provide copy of the Guardianship record with this form.**

Student Name _____ School _____ Grade _____

Sex (Circle One): Male Female Date of Birth _____

Social Security # _____ Ethnicity (Circle One): Hispanic Non-Hispanic

Race (Circle One): White Asian
Black Native Hawaiian
American Indian Other Pacific Islander
Native Alaskan

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____

Name of Parent/Legal Guardian* _____

Relationship to Student _____

Parent/Legal Guardian Social Security # _____

Home Phone # _____ Cell Phone # _____

Email address _____

Employer _____ Work Phone # _____

Student's Physician _____ Office Phone # _____

Preferred Pharmacy _____ Phone # _____

Dentist _____ Phone # _____

Emergency Treatment

An emergency exists if, in the judgement of the WCSBHC staff, treatment is immediately required to prevent deterioration or worsened patient condition. In emergency situations requiring acute care, WCSBHC personnel will contact the Emergency Medical System for transport of the student to the appropriate medical facility. In case of emergency, whom should we contact?

Name	Phone Number	Relationship to Student
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

**CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE WILSON
WILSON COUNTY SCHOOL BASED HEALTH CENTER**

School Year 2017-2018 (July 1, 2017-June 30, 2018)

NOTA: Este Formulario de Permiso es válido para el año escolar 2017-2018. Por favor complete en tinta negra. * Si es Guardián Legal, debe proporcionar copia del registro de Tutela con este formulario.

Nombre del estudiante 2

0- _____ **Escuela** _____ **Grado** _____

Sexo (Círculo Uno): Hombre Femenino **Fecha de nacimiento** _____

Seguridad Social # _____

Etnicidad (Círculo Uno): Hispano No Hispano

Carrera (Círculo Uno): Blanco Asiático
Negro Nativo Hawaiano
Indio Americano Otros Pacific Islander
Nativo de Alaska

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **ZIP** _____

Nombre del padre / tutor legal * _____

Relación del estudiante _____

Padre / Tutor Legal Seguridad Social # _____

Teléfono de casa # _____ **Teléfono celular #** _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleador _____ **Teléfono del trabajo #** _____

Médico del estudiante _____ **Teléfono de oficina #** _____

Farmacia Preferida _____ **Teléfono** _____

Dentista _____ **Teléfono** _____

Tratamiento de emergencia

Una emergencia existe si, en la decisión o el personal de WCSBHC, el tratamiento es inmediatamente requerido para prevenir el deterioro o empeorar la condición del paciente. En situaciones de emergencia que requieren atención aguda, el personal de WCSBHC contactará al Sistema Médico de Emergencia para el transporte del estudiante al centro médico apropiado. En caso de emergencia, ¿a quién contactar?

Nombre **Teléfono** **Relación del estudiante**

1. _____

2. _____

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

REIMBURSEMENT INFORMATION

***** SERVICES CAN NOT BE PROVIDED WITHOUT THIS INFORMATION!**

Please provide your insurance or Medicaid information so that we can bill for the medical services provided. No one will be denied care due to inability to pay.

Please circle which pay source your child has:

Medicaid / NCHC

Private Insurance

Uninsured

Please provide the following information as applicable:

Medicaid and NCHC*:

Medicaid / NCHC Policy Number _____

Private Insurance*:

Insurance Company _____ **Plan Name** _____

Policy Holder's Name _____ **Date of Birth** _____

Policy # _____ **Group#** _____

Insurance Provider Contact Phone Number (on back of card) _____

Uninsured:

Please provide copy of your last paycheck stub or proof of income source to avoid being charged at 100%. With this information, we will be able to place your child on a sliding fee scale based on the household income to receive a possible discounted visit.

The WCSBHC will work with individuals to set up monthly payments if requested.

***You may send a copy of your insurance card, Medicaid card, or verification of income by your child to school or bring a copy by and meet our staff. We will immediately return the copy to your child.**

We would appreciate you completing this form and returning any other necessary information to the W.A.S.H. Center **within 30 days from the first day of school.**

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

INFORMACION DE REEMBOLSO

***** ¡LOS SERVICIOS NO PUEDEN SER SUMINISTRADOS SIN ESTA INFORMACIÓN!**

Proporcione su seguro o información de Medicaid para que podamos facturar por los servicios médicos proporcionados. A nadie se le negará el cuidado debido a la imposibilidad de pagar.

Por favor circule qué fuente de pago su hijo tiene:

Medicaid / NCHC

Seguro Privado

No Asegurado

Por favor proporcione la siguiente información según sea el caso:

Medicaid y NCHC *:

Número de la póliza de Medicaid / NCHC _____

Seguro Médico*:

Compañía de Seguros _____ **Nombre del Plan** _____

Nombre del titular de la póliza _____ **Fecha de nacimiento** _____

Política # _____ **Grupo #** _____

Número de teléfono del contacto del proveedor de seguro (en la parte posterior de la tarjeta) _____

No asegurados:

Proporcione copia de su último cheque de cheque o prueba de fuente de ingresos para evitar ser cargado al 100%. Con esta información, podremos ubicar a su hijo en una escala de tarifas móvil basada en el ingreso del hogar para recibir una posible visita con descuento.

El WCSBHC trabajará con individuos para establecer pagos mensuales si se solicitan.

* Puede enviar una copia de su tarjeta de seguro, tarjeta de Medicaid, o verificación de ingresos por su hijo a la escuela o traer una copia por y conocer a nuestro personal. Le devolveremos inmediatamente la copia a su hijo.

Agradeceremos que rellene este formulario y devuelva cualquier otra información necesaria a la W.A.S.H. Centro **dentro de 30 días del primer día de escuela.**

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

Wilson County School Based Health Center
AUTHORIZATION FOR CARE AND RELEASE OF INFORMATION

- As the parent or legal guardian of **(student name)** _____, I hereby give my permission for my child to receive health care services, including required immunizations and flu shots, provided by the staff and contracted staff at the WASH Center and to share appropriate health information with each other, with the specified provider, with the school nurse, and with other school personnel when it may benefit the child's educational setting.
- I also authorize Eastern Carolina Pediatrics, Wilson County Schools, the Wilson County Health Department, Wilson Medical Center, PRIDE, and the Wilson County Department of Social Services and/or any physician or other medical facility who has provided medical services to my child to exchange health information, medical records, and/or immunization records concerning my child's health with the WASH Center.
- I have received the materials regarding the services of the WASH Center including the WASH Center Notice of Privacy Practice. I give my permission to the WASH Center to release information regarding treatment and/or services to my or my child's insurance provider(s) for the purpose of billing. I authorize payments to be made directly to the WASH Center for services provided. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance, and I agree to pay this amount to the Wilson Area School Health Center or contracted agencies/individuals.
- I understand that this consent form will be good for the current school year or until I provide the WASH Center with written directions otherwise. I understand that I should inform the WASH Center staff if there are any changes in the information provided above, including my child's mental and/or physical health.

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____ Grade: _____

CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE WILSON
Wilson County School Based Health Center
AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO Y LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

- Como padre o tutor legal de (nombre del estudiante) _____, doy mi permiso para que mi hijo / a reciba servicios de salud, incluyendo inmunizaciones requeridas y vacunas contra la gripe, proporcionados por el personal y el personal contratado en el WASH Center y compartir salud apropiada Información entre sí, con el proveedor especificado, con la enfermera de la escuela y con el resto del personal de la escuela cuando esto puede beneficiar el ambiente educativo del niño.
- Yo también autorizo a Eastern Carolina Pediatrics, Wilson County Schools, the Wilson County Health Department, Wilson Medical Center, PRIDE, and the Wilson County Department of Social Services y/o cualquier médico u otra institución médica que haya proporcionado servicios médicos a mi hijo Proveedor de práctica avanzada Intercambiar información médica, registros médicos y / o registros de inmunización sobre la salud de mi hijo con el Centro WASH.
- He recibido los materiales relacionados con los servicios del Centro WASH, incluyendo el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro WASH. Doy mi permiso al Centro WASH para divulgar información con respecto al tratamiento y / o servicios al proveedor de seguros de mi hijo o (a) con el propósito de facturación. Autorizo que los pagos se realicen directamente al Centro WASH por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no esté cubierto por el seguro, y estoy de acuerdo en pagar esta cantidad al Centro de Salud Escolar del Área Wilson o agencias / individuos contratados.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será bueno para el año escolar en curso o hasta que yo provea al WASH Center instrucciones escritas de otra manera. Entiendo que debo informar al personal del Centro WASH si hay algún cambio en la información proporcionada arriba, incluyendo la salud mental y / o física de mi hijo

Nombre del Padre / Guardián (Por favor): _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

NC Child Health Program Initial History Questionnaire (created 7/1/2012)

Patient Name: _____		Date of Birth: _____	Sex: (Circle) Male Female																																																																																																																																																																																																					
Person Who Filled Out Form: _____		Date Filled Out: _____	Relationship to Patient: _____																																																																																																																																																																																																					
PREGNANCY AND BIRTH HISTORY		HOUSEHOLD																																																																																																																																																																																																						
Is the child adopted? No Yes Birth Weight: _____ pounds _____ ounces Was baby born on time? No Yes _____ weeks Was the birth Vaginal C-Section If C-Section, Why? _____ Were there any problems during the pregnancy or at birth? No Yes If yes, explain: _____ During pregnancy did mom: Use tobacco? No Yes Drink alcohol? No Yes Use drugs or other medications? No Yes What: _____ Use prenatal vitamins? No Yes When: _____ Did baby have problems or need to stay in a NICU? No Yes If yes, explain: _____ The initial feeding for the baby was: Formula Breast milk How long did the baby breastfeed? _____ Did the baby go home with mom? No Yes If no, explain: _____		List names, relationships to child, and ages of all people living with the child: _____ _____ _____ Are there siblings not listed? If so, list names, ages and where they live: _____ _____ What is your child's living situation? Joint custody Single custody Foster care If one or both parents are not living in the home, how often does the child see the parent not in the home? _____ Tobacco use in family? No Yes Who?: _____																																																																																																																																																																																																						
CHILD'S HEALTH HISTORY		BIOLOGICAL FAMILY HEALTH HISTORY																																																																																																																																																																																																						
Has the child ever had: <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>Hospitalizations</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Serious Injuries/Broken Bones</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Surgeries</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Allergies To Medications/Other:</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chicken Pox (Year) _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Ear Infections</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Vision/Hearing Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Asthma /Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Tuberculosis(TB)/Risks for TB</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Any Heart Problems/Murmur</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems/Transfusion</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Stomach Aches/Constipation</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bladder Infections/Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Birth Defects</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Metabolic/Genetic Conditions</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chronic Skin Problems/Eczema</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Headaches</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Seizures/Neurological Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Thyroid/Endocrine Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Alcohol/Drug Use/Tobacco</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>ADHD/Anxiety/Mood/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Developmental Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Dental Decay/Cavities</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>History of Family Violence/Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sexual Infections/Pregnancy</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Elevated Lead Level</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Other: _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> </table>		Hospitalizations	No	Yes	Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes	Surgeries	No	Yes	Allergies To Medications/Other:	No	Yes	Chicken Pox (Year) _____	No	Yes	Frequent Ear Infections	No	Yes	Vision/Hearing Problems	No	Yes	Nasal Allergies	No	Yes	Asthma /Lung Problems	No	Yes	Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes	Any Heart Problems/Murmur	No	Yes	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes	Immune Problems/HIV	No	Yes	Cancer	No	Yes	Stomach Aches/Constipation	No	Yes	Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes	Birth Defects	No	Yes	Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes	Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes	Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes	Frequent Headaches	No	Yes	Seizures/Neurological Problems	No	Yes	Obesity	No	Yes	Diabetes	No	Yes	Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes	High Blood Pressure	No	Yes	Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes	ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes	Developmental Delay/Disability	No	Yes	Dental Decay/Cavities	No	Yes	History of Family Violence/Abuse	No	Yes	Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes	Elevated Lead Level	No	Yes	Other: _____	No	Yes	Has anyone in the family of the child (parents, grandparents, sisters/brothers) had: <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>Childhood Hearing Loss</td><td>No</td><td>Yes</td><td>Who?</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asthma</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Heart Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure/Stroke</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Dental Decay (cavities)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Liver Disease/Hepatitis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes (high blood sugar)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Seizures/Epilepsy</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alcohol Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Drug Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Mental Illness/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Development Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV/AIDS</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Other Family History:</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> </table>		Childhood Hearing Loss	No	Yes	Who?	Nasal Allergies	No	Yes	_____	Asthma	No	Yes	_____	Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____	Lung Problems	No	Yes	_____	Heart Disease	No	Yes	_____	High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____	High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____	Bleeding Problems	No	Yes	_____	Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____	Cancer	No	Yes	_____	Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____	Kidney Disease	No	Yes	_____	Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____	Obesity	No	Yes	_____	Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____	Alcohol Abuse	No	Yes	_____	Drug Abuse	No	Yes	_____	Mental Illness/Depression	No	Yes	_____	Development Delay/Disability	No	Yes	_____	Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____	Other Family History:	No	Yes	_____
Hospitalizations	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Surgeries	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Allergies To Medications/Other:	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Chicken Pox (Year) _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Frequent Ear Infections	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Vision/Hearing Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Nasal Allergies	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Asthma /Lung Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Any Heart Problems/Murmur	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Anemia/Sickle Cell	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Immune Problems/HIV	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Cancer	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Stomach Aches/Constipation	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Birth Defects	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Frequent Headaches	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Seizures/Neurological Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Obesity	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Diabetes	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
High Blood Pressure	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Developmental Delay/Disability	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Dental Decay/Cavities	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
History of Family Violence/Abuse	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Elevated Lead Level	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Other: _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																						
Childhood Hearing Loss	No	Yes	Who?																																																																																																																																																																																																					
Nasal Allergies	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Asthma	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Lung Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Heart Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Bleeding Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Cancer	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Kidney Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Obesity	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Alcohol Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Drug Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Mental Illness/Depression	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Development Delay/Disability	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
Other Family History:	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																					
		Additional Comments: _____ _____																																																																																																																																																																																																						

NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M (Masculino) (circule) F (Femenino)
Persona que llenó el formulario:	Fecha Completado:	Relación con el Paciente:	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL DEL HOGAR	
¿Es el niño/a adoptado? No Sí Peso al nacer: _____ libras _____ onzas ¿El bebé nació a tiempo? No Sí _____ semanas ¿El parto fue Vaginal? Cesárea? ¿Si tuvo cesárea, porque razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al bebé nacer? No Sí Si respondió sí, explique: _____ Durante el embarazo, la mama: ¿Usó tabaco? No Sí Tomó alcohol? No Sí ¿Usó drogas o medicamentos? No Sí ¿Cuáles? _____ ¿Usó vitaminas prenatales? No Sí ¿Cuándo?: _____ ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que el bebé se quedara en la unidad de cuidados intensivo?: No Sí Si respondió sí, explique: _____ La alimentación inicial fue: Formula Leche materna ¿Cuánto duró tomando el pecho?: _____ ¿Su bebé se fue del hospital a la casa junto con la madre? No Sí Si no, explique: _____		Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/ el parentesco con el niño/a y sus edades. _____ ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es así, escriba sus nombres, edades, y dónde viven : _____ ¿Con quien vive el niño/a? Esta en custodia con ambos padres Esta en custodia individual con solo padre o madre Vive con una familia asignada por ley (Foster Care) Si uno o ambos padres no viven en casa, ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no esta en la casa? _____ ¿Usan tabaco en su familia? No Sí ¿Quién(es)?: _____	
HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A		HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA	
Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido: Hospitalizado No Sí Algunas heridas graves/ Fracturas No Sí Alguna Cirugía No Sí Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas No Sí Médicas: _____ Varicela (año): _____ No Sí Infecciones de Oídos Frecuentes No Sí Problemas de Audición o de Visión No Sí Alergias Nasales No Sí Asma/Enfermedad del Pulmones No Sí Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis No Sí Algún Problema de Corazón/ Soplo en el Corazón No Sí Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) No Sí Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos No Sí Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA No Sí Cáncer No Sí Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento No Sí Recurrente Infección en las Vías Urinarias No Sí /Enfermedad Renal--de los Riñones No Sí Defectos de Nacimiento No Sí Trastornos Metabólicos/Genéticos No Sí Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama No Sí Problemas Crónicas de la Piel /Eczema No Sí Dolores de Cabeza Frecuentes No Sí Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos No Sí Obesidad No Sí Diabetes (azúcar en la sangre) No Sí Tiroides/Otros Problemas Endocrino No Sí Alta Presión Sanguínea No Sí Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco No Sí Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión No Sí Retraso en el Desarrollo/Discapacitado No Sí Caries Dentales No Sí Historial de Violencia Familiar/Abuso No Sí Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo No Sí Nivel alto de plomo No Sí Otras: _____ No Sí _____ No Sí _____ No Sí		Hay alguien en la familia del niño (padres, abuelos, hermanos/as) que hayan tenido: Perdida de la Audición en la _____ ¿Quién? Infancia No Sí _____ Alergias nasales No Sí _____ Asma No Sí _____ Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis No Sí _____ Enfermedad del Pulmones No Sí _____ Enfermedad del Corazón No Sí _____ Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral No Sí _____ Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol No Sí _____ Anemia/Anemia Drepanocítica No Sí _____ (Sickle Cell) Trastornos Sanguíneos o No Sí _____ Hemorrágicos No Sí _____ Caries Dentales No Sí _____ Cáncer No Sí _____ Enfermedad del Hígado/Hepatitis No Sí _____ Enfermedad de los Riñones No Sí _____ Diabetes (azúcar en la sangre) No Sí _____ Obesidad No Sí _____ Epilepsia/Convulsiones No Sí _____ Abuso de Alcohol/Drogas No Sí _____ Enfermedad Mental/Depresión No Sí _____ Retraso en el Desarrollo/Discapacitado No Sí _____ Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA No Sí _____ Otro historial familiar: No Sí _____ _____ Comentarios adicionales: _____ _____ _____	



Bright Futures Previsit Questionnaire Older Child/Early Adolescent Visits—For Parents

For us to provide your child with the best possible health care, we would like to know how things are going.
Thank you.

What would you like to talk about today?

Do you have any concerns, questions, or problems that you would like to discuss today?

What changes or challenges have there been at home since last year?

Does your child have any special health care needs? No Yes, describe:

Does your child live with anyone who uses tobacco or spend time in any place where people smoke? No Yes, describe:

How many hours per day does your child watch TV, play video games, and use the computer (not for schoolwork)? _____

Questions About Your Child

Vision	Does your child complain that the blackboard has become difficult to see?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Has your child ever failed a school vision screening test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child hold books close to read?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child have trouble recognizing faces at a distance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child tend to squint?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Hearing	Does your child have a problem hearing over the telephone?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child have trouble following the conversation when 2 or more people are talking at the same time?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child have trouble hearing with a noisy background?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child ask people to repeat themselves?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child misunderstand what others are saying and respond inappropriately?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Tuberculosis	Was your child born in a country at high risk for tuberculosis (countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western Europe)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Has your child traveled (had contact with resident populations) for longer than 1 week to a country at high risk for tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Has a family member or contact had tuberculosis or a positive tuberculin skin test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Is your child infected with HIV?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Dyslipidemia	Does your child have parents or grandparents who have had a stroke or heart problem before age 55?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child have a parent with an elevated blood cholesterol (240 mg/dL or higher) or who is taking cholesterol medication?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Anemia	Does your child's diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals, or beans?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Unsure
	Has your child ever been diagnosed with iron deficiency anemia?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure



For Females Only

Anemia	Does your child have excessive menstrual bleeding or other blood loss?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your child's period last more than 5 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure

Your Growing and Developing Child

Check off all of the items that you feel are true for your child.

- My child engages in behavior that supports a healthy lifestyle, such as eating healthy foods, being active, and keeping herself safe.
- My child has at least one responsible adult in his life who cares about him and to whom he can go to if he needs help.
- My child has at least one friend or a group of friends with whom she is comfortable.
- My child helps others individually or by working with a group in school, a faith-based organization, or the community.
- My child is able to bounce back from life's disappointments.
- My child has a sense of hopefulness and self-confidence.
- My child has become more independent and made more of his own decisions as he has become older.
- My child is particularly good at doing a certain thing like math, soccer, theater, cooking, or hunting. Describe:



**American Academy
of Pediatrics**



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original document included as part of *Bright Futures Tool and Resource Kit*. Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas de niño mayor/ joven adolescente—Para los padres

Para poder brindarle a su hijo(a) la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.
¡Muchas gracias!

¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

¿Qué cambios o retos ha habido en casa desde el año pasado?

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial de cuidado de salud?

No Sí, describir:

¿Vive su hijo con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fuma?

No Sí, describir:

¿Cuántas horas al día pasa su hijo viendo televisión, jugando videojuegos y usando la computadora (sin contar el tiempo de las tareas)? _____

Preguntas acerca de su hijo(a)

Visión	¿Se queja su hijo de no poder ver bien lo que está escrito en el pizarrón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Alguna vez su hijo no ha pasado un examen de visión en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se acerca su hijo los libros para poder leerlos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Le es difícil a su hijo reconocer las caras de las personas a cierta distancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiende su hijo a mirar bizco o entrecerrado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Audición	¿Tiene su hijo dificultad en oír cuando habla por teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene su hijo dificultad en seguir la conversación cuando dos o más personas hablan a la vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene su hijo dificultad en oír cuando hay ruido de fondo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Le pide su hijo a la gente que repita lo que le han dicho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Malinterpreta su hijo lo que otros le dicen y responde inadecuadamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Tuberculosis	¿Nació su hijo en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha viajado su hijo por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Está infectado su hijo con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Dislipidemia	¿Tiene su hijo padres o abuelos que han sufrido de un derrame cerebral o de problemas cardíacos antes de los 55 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene su hijo una madre o un padre con alto colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicina para el colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé



Anemia	¿Incluye la alimentación de su hijo comidas ricas en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha sido diagnosticado su hijo alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Sólo para niñas

Anemia	¿Tiene su hija sangrado menstrual excesivo o algún otro tipo de pérdida de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Le dura el periodo o la regla a su hija más de 5 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Su hijo(a) crece y se desarrolla

Marque cada una de las cosas que se ajustan a su hijo(a):

- Mi hijo tiene conductas que corresponden a un estilo de vida saludable, tales como alimentarse bien, hacer ejercicio y proteger su seguridad.
- Mi hijo tiene por lo menos un adulto responsable que se preocupa por su bienestar al que puede acudir si necesita ayuda.
- Mi hijo tiene por lo menos un amigo o grupo de amigos con los que se siente a gusto.
- Mi hijo ayuda a otros por su cuenta o a través de un grupo de voluntarios en la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- Mi hijo es capaz de sobreponerse a las desilusiones de la vida.
- Mi hijo tiene un sentido de esperanza en la vida y confianza en sí mismo(a).
- Mi hijo se ha vuelto más independiente y ha empezado a tomar sus propias decisiones a medida que crece.
- Mi hijo es particularmente hábil en una determinada cosa, como matemáticas, fútbol, teatro, cocina o cacería. Describir:



**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 podrán ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tools 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.



Bright Futures Previsit Questionnaire Early Adolescent Visits

For us to provide you with the best possible health care, we would like to get to know you better and know how things are going for you. Our discussions with you are private. We hope you will feel free to talk openly with us about yourself and your health. Information is not shared with other people without your permission unless we are concerned that someone is in danger. Thank you for your time.

What would you like to talk about today?

Do you have any concerns, questions, or problems that you would like to discuss today?

What changes or challenges have there been at home since last year?

Do you live with anyone who uses tobacco or spend time in any place where people smoke? No Yes

We are interested in answering your questions. Please check off the boxes for the topics you would like to discuss the most today.

Your Growing and Changing Body	<input type="checkbox"/> Teeth <input type="checkbox"/> Appearance or body image <input type="checkbox"/> How you feel about yourself <input type="checkbox"/> Healthy eating <input type="checkbox"/> Good ways to be active <input type="checkbox"/> How your body is changing <input type="checkbox"/> Your weight
School and Friends	<input type="checkbox"/> Your relationship with your family <input type="checkbox"/> Your friends <input type="checkbox"/> How you are doing in school <input type="checkbox"/> Girlfriend or boyfriend <input type="checkbox"/> Organizing your time to get things done
How You Are Feeling	<input type="checkbox"/> Dealing with stress <input type="checkbox"/> Keeping under control <input type="checkbox"/> Sexuality <input type="checkbox"/> Feeling sad <input type="checkbox"/> Feeling anxious <input type="checkbox"/> Feeling irritable
Healthy Behavior Choices	<input type="checkbox"/> Smoking cigarettes <input type="checkbox"/> Drinking alcohol <input type="checkbox"/> Using drugs <input type="checkbox"/> Pregnancy <input type="checkbox"/> Sexually transmitted infections (STIs) <input type="checkbox"/> Decisions about sex and drugs
Violence and Injuries	<input type="checkbox"/> Car safety <input type="checkbox"/> Using a helmet or protective gear <input type="checkbox"/> Keeping yourself safe in a risky situation <input type="checkbox"/> Gun safety <input type="checkbox"/> Bullying or trouble with other kids <input type="checkbox"/> Not riding in a car with a drinking driver

Questions

Dyslipidemia	Do you smoke cigarettes?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Alcohol or Drug Use	Have you ever had an alcoholic drink?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever used marijuana or any other drug to get high?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
STIs	Have you ever had sex (including intercourse or oral sex)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Anemia	Does your diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals, or beans?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever been diagnosed with iron deficiency anemia?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure

For Females Only

Anemia	Do you have excessive menstrual bleeding or other blood loss?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your period last more than 5 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure

Growing and Developing

Check off all of the items that you feel are true for you.

- I engage in behavior that supports a healthy lifestyle, such as eating healthy foods, being active, and keeping myself safe.
- I feel I have at least one responsible adult in my life who cares about me and who I can go to if I need help.
- I feel like I have at least one friend or a group of friends with whom I am comfortable.
- I help others on my own or by working with a group in school, a faith-based organization, or the community.
- I am able to bounce back from life's disappointments.
- I have a sense of hopefulness and self-confidence.
- I have become more independent and made more of my own decisions as I have become older.
- I feel that I am particularly good at doing a certain thing like math, soccer, theater, cooking, or hunting. Describe:



American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original document included as part of Bright Futures Tool and Resource Kit. Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.



Questionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas en 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.

¿De qué te gustaría hablar hoy?

¿Tienes alguna preocupación, pregunta o problema que te gustaría tratar hoy?

¿Qué cambios o retos ha habido en tu casa desde el año pasado?

¿Vives con alguien que usa tabaco o pasas tiempo en algún lugar donde la gente fuma? No Sí

Nos interesa contestar tus preguntas. Por favor marca las cajitas correspondientes a los temas que te gustaría tratar hoy.

Tu cuerpo crece y cambia	<input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/> Aspecto físico o imagen corporal <input type="checkbox"/> Cómo te sientes acerca de ti mismo(a) <input type="checkbox"/> Alimentarte bien <input type="checkbox"/> Buenos modos de estar activo(a) <input type="checkbox"/> Cómo cambia tu cuerpo <input type="checkbox"/> Tu peso
La escuela y los amigos	<input type="checkbox"/> Relación con tu familia <input type="checkbox"/> Tus amigos <input type="checkbox"/> Cómo te va en la escuela <input type="checkbox"/> Novio o novia <input type="checkbox"/> Organizar tu tiempo para hacer lo que tienes que hacer
Cómo te sientes	<input type="checkbox"/> Asumir el estrés <input type="checkbox"/> Tener las cosas bajo control <input type="checkbox"/> Sexualidad <input type="checkbox"/> Sentirte triste <input type="checkbox"/> Sentir ansiedad <input type="checkbox"/> Sentirte irritable
Conductas saludables	<input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Beber alcohol <input type="checkbox"/> Usar drogas <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Decisiones sobre el sexo y las drogas
Violencia y lesiones	<input type="checkbox"/> Seguridad en el auto <input type="checkbox"/> Usar casco y equipo protector <input type="checkbox"/> Protegerte de situaciones riesgosas <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas <input type="checkbox"/> Agresión o problemas con otros chicos <input type="checkbox"/> No ir en un auto con un conductor que ha bebido alcohol

Preguntas

Dislipidemia	¿Fumas cigarrillos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Uso de alcohol o drogas	¿Has tomado alguna vez una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Has consumido alguna vez marihuana o alguna otra droga alucinógena?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Anemia	¿Incluyes en tu alimentación alimentos ricos en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sé
	¿Te han diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Sólo para mujeres

Anemia	¿Tienes sangrado menstrual excesivo o algún otro tipo de pérdida de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Te dura el período o la regla más de 5 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Crecimiento y desarrollo

Marca cada una de las cosas que se ajustan a ti:

- Tengo conductas que reflejan un estilo de vida saludable, como alimentarme bien, hacer ejercicio y protegerme de los peligros.
- Siento que tengo en mi vida por lo menos un adulto responsable que se preocupa por mí al que puedo acudir si necesito ayuda.
- Siento que tengo por lo menos un amigo o un grupo de amigos con los que me siento bien.
- Ayudo a otras personas por mi cuenta o a través de un grupo de voluntarios de la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- Soy capaz de sobreponerme a las desilusiones de la vida.
- Tengo un sentido de esperanza en la vida y confianza en mí mismo(a).
- Me he vuelto más independiente y tomo mis propias decisiones a medida que crezco.
- Soy particularmente hábil en una determinada cosa, como matemáticas, fútbol, teatro, cocina o cacería. Descríbelo:



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 dichas cambios.



Bright Futures Previsit Questionnaire

15 to 17 Year Visits

Bright Futures For us to provide you with the best possible health care, we would like to get to know you better and know how things are going for you. Our discussions with you are private. We hope you will feel free to talk openly with us about yourself and your health. Information is not shared with other people without your permission unless we are concerned that someone is in danger. Thank you for your time.

What would you like to talk about today?

Do you have any concerns, questions, or problems that you would like to discuss today?

What changes or challenges have there been at home since last year?

Do you have any special health care needs? No Yes Unsure, describe:

Do you live with anyone who uses tobacco or spend time in any place where people smoke? No Yes, describe:

How many hours per day do you watch TV, play video games, and use the computer (not for schoolwork)?

We are interested in answering your questions. Please check off the boxes for the topics you would like to discuss the most today.

Your Growing and Changing Body	<input type="checkbox"/> How your body is changing	<input type="checkbox"/> Teeth	<input type="checkbox"/> Appearance or body image	<input type="checkbox"/> How you feel about yourself
	<input type="checkbox"/> Healthy eating	<input type="checkbox"/> Good ways to keep active	<input type="checkbox"/> Protecting your ears from loud noise	
School and Friends	<input type="checkbox"/> Your relationship with your family	<input type="checkbox"/> Your friends	<input type="checkbox"/> Girlfriend or boyfriend	<input type="checkbox"/> How you are doing in school
	<input type="checkbox"/> Organizing your time to get things done	<input type="checkbox"/> Plans after high school		
How You Are Feeling	<input type="checkbox"/> Dealing with stress	<input type="checkbox"/> Keeping under control	<input type="checkbox"/> Sexuality	<input type="checkbox"/> Feeling sad
	<input type="checkbox"/> Feeling irritable	<input type="checkbox"/> Keeping a positive attitude		<input type="checkbox"/> Feeling anxious
Healthy Behavior Choices	<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Sexually transmitted infections (STIs)	<input type="checkbox"/> Smoking cigarettes	<input type="checkbox"/> Drinking alcohol
	<input type="checkbox"/> How to avoid risky situations	<input type="checkbox"/> Decisions about sex, alcohol, and drugs		<input type="checkbox"/> Using drugs
	<input type="checkbox"/> How to support friends who don't use alcohol and drugs			
	<input type="checkbox"/> How to follow through with decisions you have made about sex, alcohol, and drugs			
Violence and Injuries	<input type="checkbox"/> Car safety	<input type="checkbox"/> Using a helmet	<input type="checkbox"/> Driving rules for new teen drivers	<input type="checkbox"/> Gun safety
	<input type="checkbox"/> Bullying or trouble with other kids	<input type="checkbox"/> Keeping yourself and your friends safe in risky situations	<input type="checkbox"/> Dating violence or abuse	

Questions

Vision	Do you complain that the blackboard has become difficult to see?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever failed a school vision screening test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you hold books close to your eyes to read?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you have trouble recognizing faces at a distance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you tend to squint?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Hearing	Do you have a problem hearing over the telephone?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you have trouble following the conversation when 2 or more people are talking at the same time?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you have trouble hearing with a noisy background?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you find yourself asking people to repeat themselves?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you misunderstand what others are saying and respond inappropriately?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Tuberculosis	Were you born in a country at high risk for tuberculosis (countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western Europe)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you traveled (had contact with resident populations) for longer than 1 week to a country at high risk for tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Has a family member or contact had tuberculosis or a positive tuberculin skin test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever been incarcerated (in jail)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Are you infected with HIV?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Dyslipidemia	Do you have parents or grandparents who have had a stroke or heart problem before age 55?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you have a parent with an elevated blood cholesterol (240 mg/dL or higher) or who is taking cholesterol medication?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you smoke cigarettes?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Anemia	Does your diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals, or beans?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever been diagnosed with iron deficiency anemia?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure



Alcohol or Drug Use	Have you ever had an alcoholic drink?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever used marijuana or any other drug to get high?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
STIs	Do you now use or have you ever used injectable drugs?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
For Females Only				
Anemia	Do you have excessive menstrual bleeding or other blood loss?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Does your period last more than 5 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
STIs	Have you ever had sex (including intercourse or oral sex)? (If no, skip to Growing and Developing)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have any of your past or current sex partners been infected with HIV, bisexual, or injection drug users?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever been treated for a sexually transmitted infection?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Are you having unprotected sex with multiple partners?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you trade sex for money or drugs or have sex partners who do?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Cervical Dysplasia	Was your first time having sexual intercourse more than 3 years ago?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
Pregnancy	Have you been sexually active without using birth control?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you been sexually active and had a late or missed period within the last 2 months?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
For Males Only				
STIs	Have you ever had sex (including intercourse or oral sex)? (If no, skip to Growing and Developing)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever been treated for a sexually transmitted infection?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Are you having unprotected sex with multiple partners?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have you ever had sex with other men?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Do you trade sex for money or drugs or have sex partners who do?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
	Have any of your past or current sex partners been infected with HIV, bisexual, or injection drug users?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure

Growing and Developing

Check off all the items that you feel are true for you.

- I engage in behavior that supports a healthy lifestyle, such as eating healthy foods, being active, and keeping myself safe.
- I feel I have at least one responsible adult in my life who cares about me and who I can go to if I need help.
- I feel like I have at least one friend or a group of friends with whom I am comfortable.
- I help others on my own or by working with a group in school, a faith-based organization, or the community.
- I am able to bounce back from life's disappointments.
- I have a sense of hopefulness and self-confidence.
- I have become more independent and made more of my own decisions as I have become older.
- I feel that I am particularly good at doing a certain thing like math, soccer, theater, cooking, or hunting. Describe:



American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original document included as part of *Bright Futures Tool and Resource Kit*. Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—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.

¿De qué te gustaría hablar hoy?

¿Tienes alguna preocupación, pregunta o problema que te gustaría tratar hoy?

¿Qué cambios o retos ha habido en tu casa desde el año pasado?

¿Tienes alguna necesidad especial de cuidado de salud? No Sí No sé, describir:

¿Vives con alguien que usa tabaco o pasas tiempo en algún lugar donde la gente fuma? No Sí No sé, describir:

¿Cuántas horas al día pasas viendo televisión, jugando videojuegos y usando la computadora (sin contar el tiempo de las tareas)? _____

Nos interesa contestar tus preguntas. Por favor marca las cajitas correspondientes a los temas que te gustaría tratar hoy.

Tu cuerpo crece y cambia	<input type="checkbox"/> Cómo cambia tu cuerpo <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/> Aspecto físico o imagen corporal <input type="checkbox"/> Cómo te sientes acerca de ti mismo(a) <input type="checkbox"/> Alimentarte bien <input type="checkbox"/> Buenos modos de estar activo(a) <input type="checkbox"/> Proteger tus oídos de los ruidos fuertes
La escuela y los amigos	<input type="checkbox"/> Relación con tu familia <input type="checkbox"/> Tus amigos <input type="checkbox"/> Novio o novia <input type="checkbox"/> Cómo te va en la escuela <input type="checkbox"/> Organizar tu tiempo para hacer lo que tienes que hacer <input type="checkbox"/> Tus planes al terminar la secundaria
Cómo te sientes	<input type="checkbox"/> Asumir el estrés <input type="checkbox"/> Tener las cosas bajo control <input type="checkbox"/> Sexualidad <input type="checkbox"/> Sentirte triste <input type="checkbox"/> Sentir ansiedad <input type="checkbox"/> Sentirte irritable <input type="checkbox"/> Mantener una actitud positiva
Conductas saludables	<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Beber alcohol <input type="checkbox"/> Usar drogas <input type="checkbox"/> Cómo evitar situaciones riesgosas <input type="checkbox"/> Decisiones sobre el sexo, el alcohol y las drogas <input type="checkbox"/> Cómo apoyar a los amigos que no usan alcohol ni drogas <input type="checkbox"/> Cómo cumplir las decisiones que has tomado sobre sexo, alcohol y drogas
Violencia y lesiones	<input type="checkbox"/> Seguridad en el auto <input type="checkbox"/> Usar un casco protector <input type="checkbox"/> Reglas para conductores adolescentes <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas <input type="checkbox"/> Violencia o abuso en las citas <input type="checkbox"/> Agresión o problemas con otros chicos <input type="checkbox"/> Protegerte y proteger a tus amigos de situaciones riesgosas

Preguntas

Visión	¿Te quejas de no poder ver bien lo que está escrito en el pizarrón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Alguna vez no has pasado un examen de visión en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Te acercas los libros para poder leerlos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Te es difícil reconocer las caras de las personas a cierta distancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiendes a mirar bizco o entrecerrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Audición	¿Tienes dificultad en oír cuando hablas por teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Tienes dificultad en seguir la conversación cuando dos o más personas hablan a la vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Tienes dificultad en oír cuando hay ruido de fondo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Le pides a la gente que repita lo que te han dicho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Malinterpretas lo que otros te dicen y respondes inadecuadamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Tuberculosis	¿Naciste en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Has viajado por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o has estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina uno de tus familiares o contactos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Has estado preso (en la cárcel)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Estás infectado con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé



Dislipidemia	¿Uno de tus padres o de tus abuelos ha sufrido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene uno de tus padres alto colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o está tomando medicina para el colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Fumas cigarrillos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Anemia	¿Incluyes en tu alimentación alimentos ricos en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Te han diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Uso de alcohol o drogas	¿Has tomado alguna vez una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Has consumido alguna vez marihuana o alguna otra droga alucinógena?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Te inyectas o te has inyectado drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Sólo para mujeres

Anemia	¿Tienes sangrado menstrual excesivo o algún otro tipo de pérdida de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Te dura el periodo o la regla más de 5 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)? (Si contestaste no, pasa a Crecimiento y desarrollo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido alguna de tus parejas pasadas o presentes el virus del SIDA, ha sido bisexual o se ha inyectado drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Has recibido tratamiento alguna vez por una infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Estás teniendo sexo sin protección con múltiples parejas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Displasia cervical	¿Tienes relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o tienes parejas sexuales que hacen esto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tuviste tu primera relación sexual con penetración hace más de 3 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Embarazo	¿Has sido sexualmente activa sin usar un método de control natal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Has sido sexualmente activa y se te retrasó la menstruación en los últimos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Sólo para hombres

Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)? (Si contestaste no, pasa a Crecimiento y desarrollo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Has recibido tratamiento alguna vez por una infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Estás teniendo sexo sin protección con múltiples parejas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Has tenido sexo con otros hombres?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tienes relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o tienes parejas sexuales que hacen esto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido alguna de tus parejas pasadas o presentes el virus del SIDA, ha sido bisexual o se ha inyectado drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Crecimiento y desarrollo

Marca cada una de las cosas que se ajustan a ti:

- Tengo conductas que reflejan un estilo de vida saludable, como alimentarme bien, hacer ejercicio y protegerme de los peligros.
- Siento que tengo en mi vida por lo menos un adulto responsable que se preocupa por mí al que puedo acudir si necesito ayuda.
- Siento que tengo por lo menos un amigo o un grupo de amigos con los que me siento bien.
- Ayudo a otras personas por mi cuenta o a través de un grupo de voluntarios en la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- Soy capaz de sobreponerme a las desilusiones de la vida.
- Tengo un sentido de esperanza en la vida y confianza en mí mismo(a).
- Me he vuelto más independiente y tomo mis propias decisiones a medida que crezco.
- Soy particularmente hábil en una determinada cosa, como matemáticas, fútbol, teatro, cocina o cacería. Descríbelo:



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 incluyó 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 respalda ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.