

Exploración de la Salud de Adolescentes

No Copie del Registro Médico
(Don't Copy from the Medical Record)

Place Sticker Here

¿Has Recibido Educación
Sobre la Salud?

¿Deseas
Más
Información?

- | | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Por lo general, ¿Sientes que las cosas te van bien? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2. ¿Te llevas bien con tu familia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3. ¿Vas a la escuela con regularidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4. ¿Tus calificaciones han bajado de lo que eran? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5. ¿Conoces por lo menos una persona adulta en la que puedes confiar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6. ¿Haces algún tipo de ejercicio por lo menos tres veces por semana? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7. ¿Crees que tienes el peso apropiado para alguien de tu estatura? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. ¿Has usada laxantes o has vomitado a propósito después de comer? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. ¿Usas el cinturón de seguridad en el carro o camioneta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. ¿Usas un casco cuando andas en patines, bicicleta, motocicleta, moto para nieve o un vehículo todo terreno (cuatrimoto; ATV)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. ¿Fumas cigarrillos o masticas tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. ¿Tomas bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13. ¿Has probado alguna droga (Marijuana, crack, cocaína, heroína, ácido (LSD), anfetaminas, etc.?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14. ¿Tú o alguna persona con la que vives, tienen o portan un arma de fuego? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15. ¿Pertenece o has pertenecido a una pandilla? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16. ¿Tienes preocupaciones de dinero, vivienda o comida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17. ¿Has tenido relaciones sexuales (con mujeres, con hombres o con ambos)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 18. ¿Has sido examinado para detectar una enfermedad transmitida sexualmente (EV) o diagnosticado con una de estas enfermedades? (herpes, gonorrea, Clamidia, verrugas genitales, EIP, sífilis) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 19. ¿Crees ser homosexual, lesbiana, bisexual o transexual? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |

Por favor lee nuevamente el párrafo con letras *itálicas* (en cursiva) que se encuentra al revés antes de contestar las siguientes preguntas.

- | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 20. ¿Alguna vez has pensado en suicidarse? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 21. ¿Tienes miedo en cualquiera de tus relaciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 22. ¿Has sido abusado(a) físicamente o sexualmente, o maltratado(a) por alguien? (pateado, golpeado, empujado, forzado o engañado para tener sexo, tocado en tus partes privadas/íntimas)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |

Personal Médico: (see page two to view the following provider's section in English)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Se discutió la confidencialidad? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Estuvo alguno de los padres presente cuando se llenó el cuestionario? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Estuvo alguno de los padres presente durante el examen? |

Firma del Personal Médico: _____

Provider:

- Yes No Confidentiality addressed?
- Yes No Parent present when screen filled out?
- Yes No Parent present during exam?

Provider Signature: _____

Para poder ayudarte de la mejor manera, nos gustaría que contestaras las preguntas de la página al revés. Les hacemos estas preguntas a todos los adolescentes porque creemos que son cosas que afectan su salud y bienestar. Puede ser que no todas las preguntas tengan que ver con tu caso. Puedes dejar en blanco aquellas que no aplican. Por favor, contesta todas las preguntas solo/sola, sin ayuda de tus padres o de tus amigos para que seas lo más honesto/honesta posible.

Tus respuestas son una parte privada y confidencial de tu registro médico. Sin embargo, por tu seguridad, la ley requiere que compartamos la información referente al abuso físico o sexual y al suicidio. Cada situación es individual y nuestro personal siempre hablará contigo antes de compartir cualquier parte de ésta información.

CONTESTAS LAS PREGUNTAS EN EL LADO AL REVES

| | | |
|--------------------|--|--|
| Fecha(Date) | | Exploración de la Salud de Adolescentes No Copie del Registro Médico (Don't copy from the Medical Record) |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |