
**Exploración de la Salud de Adolescentes – 10 preguntas
(Teen Screen – 10 questions – Spanish)**

¡Por Favor Léeme!

Queremos ayudarte a estar sano. Por favor contesta estas preguntas. Les hacemos estas preguntas a todos los adolescentes. Tus respuestas son privadas y confidenciales. Tu doctor(a) te explicará lo que ésto significa. Si estás preocupado(a) que otro vea tus respuestas, por favor habla con nosotros.

Diez Preguntas Para La Exploración de La Salud de Adolescentes

Nombre: _____

Nombre de la Clínica _____

Fecha de nacimiento: _____

Exploración de la Salud de Adolescentes

	Sí	No
1. ¿Usas el cinturón de seguridad todo el tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has sido vacunado(a) contra la Hepatitis B y el cáncer cervical (cáncer del cuello del útero) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Fumas o masticas tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tomas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, o licor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has probado drogas (marihuana, anfetaminas, cocaína/crack, o ácido (LSD))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido relaciones sexuales (contacto sexual)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has tenido una infección derivada del sexo (Enfermedad Transmitida Sexualmente (ETS) o Enfermedad Venérea (EV))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has pensado en suicidarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Has sido lastimado(a) físicamente o sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tienes problemas en llevarte bien con tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para Uso Exclusivo del Doctor

Firma

() Continúa al revés

() Continued on Reverse Side

List all concerns identified or dealt with.

(Haz una lista de todos los problemas identificados y/o los de que han hablado.)

Date

Don't copy from the Chart. (No Copie del Registro Médico.)