

Exploración de la Salud de Adolescentes (11-20 años)

Tu nombre/nombre preferido: _____ Tu género: _____

Anota 4 palabras que te describen: _____

¿Qué deseas lograr de la visita de hoy? _____

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 tus experiencias. Puedes dejar en blanco aquellas que no aplican. Por favor, contesta todas las preguntas solo(a), sin ayuda de tus padres o de tus amigos para que seas lo más honesto(a).				POR FAVOR CIRCULA TU RESPUESTA	¿Deseas más información?
1.	Por lo general, ¿Sientes que las cosas te van bien?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
2.	¿Usas el cinturón de seguridad en el carro o camioneta?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
3.	¿Usas un casco cuando andas en patines, bicicleta, monopatín, motocicleta, moto para nieve o un vehículo todo terreno (cuatrimotor; ATV)?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
4.	¿Te llevas bien con tu familia?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
5.	¿Conoces por lo menos una persona adulta en la que puedes confiar?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
6.	¿Te sientes seguro en casa, en la escuela y en tu comunidad?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
7.	¿Realizas 60 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
8.	¿Crees que tienes el peso y estatura apropiado para ti?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
9.	¿Has usado laxantes o has vomitado a propósito después de comer para controlar el peso?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
10.	¿Has faltado a más de 7 días de la escuela en el último año?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
11.	¿Tus calificaciones en la escuela han empeorado?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
12.	¿Tú o alguna persona con la que vives, tienen o llevan consigo un arma de fuego?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tienes alguna preocupación sobre el dinero, donde vives, acceso a comida o ropa?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
14.	¿Alguna vez has huido de tu casa/abandonado tu hogar?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
15.	¿Pertenece o has pertenecido a una pandilla?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
Tus respuestas son una parte privada y confidencial de tu registro médico. Si creemos que tu salud o seguridad es en peligro, tenemos que compartir información con los padres; hablaremos contigo antes de compartir cualquier parte de ésta información.				POR FAVOR CIRCULA TU RESPUESTA	¿Deseas más información?
16.	¿Alguna vez te has lastimado o cortado a propósito?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
17.	¿Alguna vez has texteado/mandado o recibido un mensaje o foto sexual?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
18.	¿Has tenido relaciones sexuales (con cualquier persona de cualquier género)?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
19.	¿Has tenido una infección de transmisión sexual (<i>STD por sus siglas en inglés</i>) (herpes, gonorrea, clamidia, verrugas genitales, sífilis u otra)?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
20.	¿Alguna vez has negociado o intercambiado sexo o actividad sexual por dinero, comida, un lugar para vivir o cualquier otra cosa?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
21.	¿Eres, o te preguntas si seas gay, lesbiana, bisexual, <i>pansexual</i> , asexual u otro?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
22.	¿Eres, o te preguntas si seas transgénero(a), diverso(a) con respecto a género o un género diferente de lo que te identificaron (niño o niña) al nacer?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
23.	¿Has sido abusado(a) físicamente o sexualmente, o maltratado(a) por alguien? (pateado, golpeado, empujado, forzado o engañado a tener sexo, tocado en tus partes íntimas, tocado en una manera que te hizo sentir incomodo(a) o te han dicho que no vales nada)	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
24.	¿Alguna vez, durante toda tu vida, has intentado suicidarte/terminar con tu vida?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>
25.	¿Has pasado por algún evento estresante o traumático que aun te molesta?	Sí	Algunas veces	No	<input type="checkbox"/>

¿Si podrías cambiar una cosa sobre tu vida o sobre ti mismo(a), que sería? _____

¿Cuál es la cosa más importante en que quieres que nos enfoquemos durante la visita de hoy?

Preguntas sobre tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas

En el AÑO PASADO, cuántas veces consumió:	Nunca	1 o 2 veces	Cada Mes	Cada Semana
Tabaco, cigarrillos electrónicos o vapeadores (JUUL, suorin, blu, VUSE o logic):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has probado alguna otra droga para divertirte, por curiosidad o para superación, tales como pastillas de receta, drogas inhaladas o resopladas, salvia, K2 u otras drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lo lograste! Gracias!

For office use:

An option is to offer the complete S2BI (www.drugabuse.gov) for validated substance use screening and recommendations based on results. These screening questions correspond to the brief office-based intervention algorithm for young people 9-18 years of age: Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth (www.nih.gov).

NOTE: Standardized mental health screening is required for C&TC visits at 12-20 years of age. Refer to the Mental Health Screening (6-20 Years) C&TC Fact Sheet (www.health.state.mn.us/ctc) for instrument and referral recommendations.

To obtain this information in a different format, contact:

Minnesota Department of Health

Child and Teen Checkups Program

Phone: 651-201-3750

Email: health.childteencheckups@state.mn.us

Website: MDH Child and Teen Checkups: www.health.state.mn.us/ctc

