

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES DE LOS 13 A 18 AÑOS DE EDAD



Tu doctor u otro profesional médico hace estas preguntas para comentar acerca de tu salud y seguridad personal, no para juzgarte a ti o a tus amigos.

Fecha:

¿Cómo te va en la escuela? ¿Tienes alguna pregunta o inquietud?

Notas clínicas

Escuela: _____ Grado: _____ Promedio de notas más reciente (GPA): _____

1. ¿Usas siempre un cinturón de seguridad cuando vas en un auto? No Sí
2. ¿Alguna vez usas una bicicleta, patineta, monopatín, patines de ruedas en línea o regulares SIN usar un casco? Sí No
3. ¿Has tenido alguna vez una quemadura solar? Sí No
4. ¿Participas en deportes o practicas otro tipo de ejercicio que te haga sudar y respirar fuertemente por más de 30 minutos la mayoría de los días? No Sí
5. ¿Comes usualmente 5 porciones de frutas y verduras todos los días? No Sí
6. ¿Tomas más de una bebida gaseosa o bebida de frutas todos los días? Sí No
7. ¿Usualmente miras T.V., juegas juegos de video o pasas el tiempo en la computadora por más de una hora diaria? Sí No
8. ¿Usas suplementos (tales como creatine, andro o esteroides)? Sí No
9. En el pasado, ¿has usado laxantes, pastillas para adelgazar o te has forzado a vomitar para tratar de perder peso? Sí No
10. ¿Han estado bajando tus notas escolares? Sí No
11. ¿Tienes tú un arma o tus padres o amigos? Sí No
12. ¿Alguna vez has sido abusado(a) físicamente por un adulto? Sí No
13. ¿Alguna vez has sido forzado(a) o presionado(a) para tener relaciones sexuales? Sí No
14. ¿Has tenido alguna vez problemas legales? Sí No
15. ¿Son tus mejores amigos miembros de una pandilla? Sí No
16. ¿Fuma alguien en tu casa? Sí No
17. ¿Has fumado cigarrillos o mascado tabaco durante el último año? Sí No
18. ¿Usan drogas o beben alcohol tus mejores amigos? Sí No
19. ¿Has alguna vez estado en un auto con un conductor que haya bebido demasiado o que estuviera bajo el efecto de drogas? Sí No

- Cuestionario revisado
- Se han comentado los temas pertinentes y se ha dado consejo

****IMPORTANTE – POR FAVOR, SEGUIR A LA VUELTA ****

MF/NP
Firma: _____

PREGUNTAS PARA LOS ADOLESCENTES, DE LA #20 A LA #25

No fotocopiar.

Notas clínicas

¡Importante! Por favor, leer primero...

- Esta información es personal y privada. No será compartida con nadie, a menos que estés siendo abusado(a) (sexual o físicamente) o estés en peligro de hacerte daño o de hacer daño a alguien más.
- Tu doctor u otro profesional médico hace estas preguntas para comentar tu salud y seguridad personal, no para juzgarte a ti o a tus amigos.

20. ¿Has tomado cualquier tipo de alcohol (cerveza, vino o licor fuerte) durante el año pasado? Sí No

21. ¿Alguna vez has usado drogas (tales como marihuana, cocaína o metanfetaminas) Sí No

22. ¿Durante las últimas semanas te has sentido A MENUDO triste, abatido(a) o desesperanzado(a)? Sí No

23. ¿Has pensado seriamente en suicidarte, hecho un plan o has intentado matarte? Sí No

24a. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales (incluidas orales, vaginales o anales)? Sí No

24b. En caso afirmativo, ¿usan siempre tú o tu pareja un condón cuando tienen relaciones sexuales? No Sí

25. ¿Tienes a veces deseos sexuales por alguien de tu propio sexo (sentimientos gay o lesbianos)? Sí No

Para jovencitas solamente

1. ¿Ya te empezó la regla? (¡Si no te ha empezado, no tienes que seguir!) No Sí

2. ¿Cuándo fue tu última regla? Fecha: _____

3a. Mis reglas están: menos de 1 mes la una de la otra
 cada 1 a 2 meses
 más de 2 meses la una de la otra

3b. Mi última regla fue: hace menos de 8 días
 hace 8 días o más

4. ¿Tienes calambres que interfieran con tus actividades diarias? Sí No

5. ¿Necesitas ayuda para manejar tus calambres? Sí No

Si tienes otras inquietudes, por favor escríbelas aquí:

Por favor, déjanos saber cómo comunicarnos contigo en caso de que tengamos que llamarte.

Número de teléfono/buscapersonas

Dirección de correo electrónico

Buena hora para llamarte

Firma

Fecha

- Cuestionario revisado
- Se han comentado los temas pertinentes y se ha dado consejo

MF/NP

Firma: _____