

# Cuestionario sobre la salud 12 a 18 años

## CONSULTA CONFIDENCIAL

**¡Importante! Por favor lee esto primero...**

- Esta información es CONFIDENCIAL. No se compartirá con nadie (a menos que estés considerando el suicidio o estés siendo víctima de abuso sexual o físico).
- Tu médico te hará estas preguntas para discutir tu salud y seguridad personal, no para juzgarte a ti ni a tus amigos.

Imprint Area

Fecha:

	Sí	No
¿Usas siempre el cinturón de seguridad cuando viajas en automóvil? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido alguna vez problemas en la escuela (con compañeros de clase, maestros o en clase)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pasas tiempo en casa con alguien que fuma? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pasas tiempo al aire libre sin ponerte protector solar ni usar otro tipo de protección como sombreros o camisas? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te falta algún órgano (ojo, riñón, testículo)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tienes algún problema cardíaco o alta presión sanguínea? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido alguna vez dolores en el pecho o dificultad grave para respirar? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has desmayado alguna vez al hacer ejercicio? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has desmayado alguna vez o te han dado convulsiones? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has sufrido alguna vez conmociones cerebrales (lesiones en la cabeza) o has estado inconsciente? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido alguna vez una lesión grave en las articulaciones? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez te ha golpeado, abofeteado, pateado o lesionado alguien? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tienes amigos que pertenezcan a pandillas? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tienes acceso a armas de fuego (tienes tú, tus padres o amigos armas de fuego)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido alguna vez problemas con la ley? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor voltea la página

ÁREA PARA EL MÉDICO Y PROFESIONAL MÉDICO	
Referral to:	
<input type="checkbox"/> OB-GYN	<input type="checkbox"/> Health Education
<input type="checkbox"/> Teen Clinic	<input type="checkbox"/> CPS
<input type="checkbox"/> Psychology	<input type="checkbox"/> ADAP
_____	
_____	
MD/NP/RN	

# Cuestionario de Salud 12 a 18 años

## CONSULTA CONFIDENCIAL

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ¿Recibes cuidado médico de alguien además de un médico (como un acupunturista, un herbolario, curandero u otro tipo de sanador)? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Te cuesta trabajo dejar de pensar en la comida, en tu peso o en el tamaño de tu cuerpo? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has fumado cigarrillos o masticado tabaco en los últimos 30 días? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has ingerido alcohol (cerveza, vino, licor) en los últimos 30 días? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has estado alguna vez en un automóvil cuyo conductor hubiera bebido más de la cuenta o estuviera bajo los efectos de drogas? .....    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has probado drogas alguna vez (marihuana, cocaína, tachas ( <i>ecstasy</i> ), pegamento o metanfetaminas ( <i>meth</i> )? .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tienes novio(a)? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez (incluso sexo oral, vaginal o anal)? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si tu respuesta es sí, ¿crees que podrías tú, o tu pareja, estar embarazada? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has tenido alguna vez sentimientos sexuales por alguna persona de tu propio sexo? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Te han forzado o presionado alguna vez para tener relaciones sexuales? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has pensado seriamente alguna vez en irte de la casa? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has pensado seriamente alguna vez en suicidarte (has hecho planes para ello)? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tienes algún amigo cercano, un familiar o alguna persona adulta con quien crees que puedes conversar? .....                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay algo más que te gustaría tratar hoy? .....  |                       |                       |

¡Muchas gracias por llenar  
este cuestionario!

Por favor proporciona la información siguiente en caso de que  
necesitemos comunicarnos contigo o dejarte un mensaje privado.

Número de teléfono o de localizador electrónico

Horas oportunas para llamarte

Dirección de correo electrónico

Nombre de la escuela