

PARENT QUESTIONNAIRE TEEN WELL CHECK



Dear Parent,

Because we want to give your teenager the best health care, we are asking your teen to complete a *private* questionnaire. We would like to know if your teen has any questions about health or development, or if your teen has behaviors that could hurt him or herself or others. *We would like parents to complete this separate questionnaire.*

We will try to answer your questions, as well as your teen's questions, during this visit. If we do not have the time to answer all of your questions at this visit, we

State law permits adolescents to receive confidential care for certain types of medical conditions.

CLINIC NOTES

- 1. Do you have concerns about your teen's health or lifestyle? Yes No
If yes, please describe: _____
- 2. Have there been any major changes or stresses in your family since your last visit? If yes, please describe: Yes No

- 3. Have you noticed any changes in your teen's behavior: unusual anger or irritability, withdrawal, secrecy, sadness, depression, or problems at school? If yes, please describe: Yes No

- 4. Does your child see a dentist at least once a year? No Yes
- 5. Has your child had any serious medical problems since his/her last routine check up? Yes No
- 6. Is your child taking any medications? If yes, please list them: Yes No
- 7. Is your child allergic to any medications? If yes, please list: Yes No
- 8. Does your child have any missing organs (such as eye, kidney, testicle)? Yes No
- 9. Have your child's parents or grandparents (blood relatives) had a heart attack or stroke before age 55 in men and 65 in women? Yes No
- 10. Has your child ever fainted during exercise? Yes No
- 11. Has your child ever had a concussion (serious head injury) or been unconscious? Yes No
- 12. Has anyone who lives in your house or a babysitter ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB? Yes No
- 13. Were you (or any household member) born outside of the United States or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)? Yes No
- 14. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No

If you have any other concerns, please write them here: _____

Questionnaire reviewed

Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

Please let us know how to reach you in case we need to call. _____
Phone/pager number

Good times to call you _____
E-mail address

Signature _____ Date _____



CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

EXAMEN DEL ADOLESCENTE SALUDABLE



IMPRINT AREA

Estimados padres de familia:

Ya que deseamos brindar a sus hijos adolescentes la mejor atención médica, estamos solicitando a sus hijos adolescentes que llenen un cuestionario *confidencial*. Deseamos saber si sus hijos adolescentes tienen alguna pregunta sobre la salud o el desarrollo, o si sus hijos adolescentes tienen comportamientos que pudieran ser perjudiciales para sí mismos o para los demás. *Deseamos que los padres llenen este cuestionario aparte.*

Durante esta consulta trataremos de contestar sus preguntas y también las de sus hijos adolescentes. Si no tenemos tiempo suficiente en esta consulta para contestar todas sus preguntas, coordinaremos una llamada telefónica de seguimiento próximamente. Muchas gracias por su ayuda.

Las leyes estatales permiten que los adolescentes reciban cuidado confidencial para cierto tipo de afecciones médicas.

NOTAS CLÍNICAS

1. ¿Tiene preocupaciones sobre la salud o estilo de vida de su hijo adolescente? Sí No
En caso afirmativo, por favor, descríbalas:

2. ¿Ha habido cambios mayores o fuentes de estrés en su familia desde su última consulta? Sí No
En caso afirmativo, por favor, descríbalos:

3. ¿Ha notado algún cambio en el comportamiento de su hijo adolescente: ira o irritabilidad inusual, retraimiento, reserva, tristeza, depresión, problemas en la escuela? Sí No
En caso afirmativo, por favor, descríbalos:

4. ¿Va su hijo al dentista por lo menos una vez al año? No Sí
5. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico serio desde su último examen de rutina? Sí
 No
6. ¿Está tomando su hijo algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumérelos: Sí
 No
7. ¿Es su niño alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumérelos: Sí
 No
8. ¿Le falta a su niño algún órgano? (tal como un ojo, riñón, testículo)? Sí No
9. ¿Han tenido los padres o los abuelos del niño (parientes consanguíneos) un ataque cardíaco o un derrame cerebral antes de los 55 años en los hombres o los 65 en las mujeres? Sí
 No
10. ¿Se ha desmayado alguna vez su niño haciendo ejercicio? Sí No
11. ¿Ha tenido alguna vez su niño una concusión (una herida seria en la cabeza) o ha estado inconsciente? Sí No
12. ¿Hay alguna persona que viva en su casa o una niñera que haya tenido una prueba de la piel de TB positiva (Tuberculosis) o una tuberculosis activa? Sí No
13. ¿Ha sido usted (o cualquier miembro de la familia) nacido fuera de los Estados Unidos o ha usted viajado recientemente a un país en desarrollo (América Central o del Sur, Asia, o África)? Sí No
14. ¿Ha su niño vivido fuera de los Estados Unidos por más de un mes? Sí No

Si tiene algún tipo de inquietudes, escríbalas aquí: _____

Por favor, déjenos saber cómo contactarlo(a) en caso de que le necesitemos llamar:

No. de teléfono/buscapersonas

Dirección de correo electrónico

Buenas horas para llamarle

Firma

Fecha

Cuestionario re-
visado

Temas
pertinentes comen-
tados y se ha dado

Firma: _____