

# 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 will arrange follow-up with you soon. Thank you for your help.

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Do you have concerns about your teen's health, behavior or lifestyle?<br/>If yes, please describe: _____</p> <p>2. Have there been any major changes or stresses in your family since your last visit? If yes, please describe: _____</p> <p>3. Have you noticed any recent changes in your teen's behavior: unusual anger or irritability, withdrawal, secrecy, sadness, depression, or problems at school? If yes, please describe: _____</p> <p>4. Does your child see a dentist at least once a year? _____</p> <p>5. Has your child had any serious medical problems since his/her last routine check up? _____</p> <p>6. Is your child taking any medications? If yes, please list them: _____</p> <p>7. Is your child allergic to any medications? If yes, please list: _____</p> <p>8. Does your teen eat at least 5 servings of fruits and vegetables every day? _____</p> <p>9. Do you limit screen time (TV, video games, computer time) to no more than 2 hours a day and have rules about which websites your teen can visit? _____</p> <p>10. Does your teen get at least 60 minutes of physical activity on most days of the week? _____</p> <p>11. Does your teen usually get at least 8 hours of sleep each night? _____</p> <p>12. Does your child have any missing organs (such as eye, kidney, testicle)? _____</p> <p>13. Does your teen have blood relatives who have had heart problems (heart attack, stroke, or bypass surgery before age 55 for men or 65 for women)? This includes your child's aunts, uncles, parents, and grandparents. _____</p> <p>14. Has your child ever fainted during exercise? _____</p> <p>15. Has your child ever had a concussion (serious head injury) or been unconscious? _____</p> <p>16. Has anyone who lives in your house or who cares for your child ever had a positive TB (tuberculosis) skin test or active TB? _____</p> <p>17. 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)? _____</p> <p>18. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? _____</p> <p>19. <b>Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?</b> _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> |
|---|---|

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

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

CLINIC NOTES
<p><input type="checkbox"/> Questionnaire reviewed</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent topics discussed and advice given</p> <p>Sign: _____</p>



# 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.**

1. ¿Tiene alguna preocupación sobre la salud, el comportamiento o el estilo de vida de su hijo adolescente? Si responde sí, indíquela(s):  Sí  No

---

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

---

3. ¿Ha notado algún cambio reciente en la conducta de su hijo adolescente: irritabilidad o ira, retraimiento, reserva, tristeza, depresión o problemas en la escuela? Si responde sí, indíquelo(s):  Sí  No

---

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 hijo alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumérelos:  Sí  No

---

8. Su hijo adolescente, ¿come por lo menos 5 porciones de verduras y frutas todos los días?  No  Sí
9. ¿Limita el tiempo frente a una pantalla (televisión, juegos de video, computadora) a no más de 2 horas al día y tiene reglas sobre qué páginas en Internet puede visitar su hijo adolescente?  No  Sí
10. Su hijo adolescente ¿hace por lo menos 60 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana?  No  Sí
11. Por lo general, su hijo adolescente, ¿duerme por lo menos 8 horas todas las noches?  No  Sí
12. ¿Le falta a su hijo algún órgano? (tal como un ojo, riñón, testículo)?  Sí  No
13. ¿Tiene su hijo adolescente algún pariente directo que ha tenido problemas cardíacos (ataque al corazón, derrame cerebral o cirugía de bypass antes de los 55 años en los hombres, y de los 65 años en las mujeres? Aquí se incluyen las tías, los tíos, los padres y los abuelos del niño.  Sí  No
14. ¿Se ha desmayado alguna vez su hijo haciendo ejercicio?  Sí  No
15. ¿Ha tenido alguna vez su hijo una concusión (una herida seria en la cabeza) o ha estado inconciente?  Sí  No
16. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o que cuida a su hijo han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa?  Sí  No
17. ¿Nació usted (o cualquier miembro de la familia) fuera de los Estados Unidos o ha viajado usted recientemente a un país en desarrollo (América Central o del Sur, Asia, o África)?  Sí  No
18. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por más de un mes?  Sí  No
19. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?**  No  Sí

### CLINIC NOTES

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: \_\_\_\_\_

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/localizador

\_\_\_\_\_ Mejor hora para llamarle

\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha