



Questionario para los padres

Examen del adolescente saludable

Imprint area

Fecha:

Estimados padres de familia:

Debido a 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 han manifestado comportamientos que pudiesen lastimarles a ellos mismos o a terceros. *Deseamos solicitar la colaboración de los padres para que 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 con ustedes en un futuro muy próximo. Muchas gracias por su ayuda.

Las leyes del
estado protegen
la confidencialidad
del adolescente

- ¿Tiene preocupaciones sobre la salud o estilo de vida de sus hijos adolescentes? No Sí
Si la respuesta es sí, por favor, describa: _____
- ¿Ha notado cambio alguno en el comportamiento de su hijo(a) adolescente: ira o irritabilidad inusual, retraimiento, reserva, tristeza, depresión, problemas en la escuela? . . . No Sí
Si la respuesta es sí, por favor, describa: _____
- ¿Ha habido algún cambio importante en su familia desde la última consulta de su hijo(a)? . . . No Sí
Si la respuesta es sí, por favor, describa: _____
- ¿Ha muerto un miembro de la familia de forma repentina cuando tenía menos de 40 años? . . No Sí
En caso afirmativo, por favor, describa: _____
- ¿Ha tenido usted o algún otro pariente cercano de su hijo adolescente un ataque cardiaco o un derrame (antes de los 55 años para los hombres o los 65 años para las mujeres)? No Sí

CÓMO EVITAR LA TUBERCULOSIS (TB)

- ¿Se le hizo a su hijo(a) alguna prueba cutánea de TB el año pasado? No Sí
- ¿Ha obtenido usted o alguien que resida en su casa resultados positivos de una prueba cutánea de TB o TB activa? No Sí
- ¿Ha recibido alguna vez su hijo(a) una vacuna BCG (vacuna contra la TB que algunas veces se administra en otros países) No Sí
- ¿Nació su hijo(a) o alguien en su casa fuera de EE. UU.? No Sí
- ¿Ha vivido su hijo(a) fuera de EE. UU. durante más de un mes? No Sí
- ¿Ha trabajado o vivido usted, o algún miembro de su familia, en la cárcel o en una prisión? . No Sí
- ¿Ha vivido su familia alguna vez en un refugio para desamparados o en la calle? No Sí

Por favor indíquenos adónde podemos comunicarnos con usted, en caso de que necesitemos hacerlo. ¡Muchas gracias!

Número de teléfono o de localizador electrónico

Horas oportunas para llamarle

Dirección de correo electrónico

PHYSICIAN & PRACTITIONER USE AREA

MD/NP/RN

¡Muchas gracias por
llenar este cuestionario!



Parent Questionnaire Teen Well Check

Imprint area

Date:

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.*

During this visit, we will try to answer your questions, as well as your teen's questions. If we do not have time to answer all of your concerns at this visit, we will arrange to have a phone call with you soon. Thank you for your help.

State laws protect the confidentiality of the adolescent

- Do you have concerns about your teen's health or lifestyle? No Yes
If yes, please describe: _____
- Have you noticed any changes in your teen's behavior: unusual anger or irritability, withdrawal, secrecy, sadness, depression, problems at school? No Yes
If yes, please describe: _____
- Have there been any major changes in your family since your child's last visit? . . . No Yes
If yes, please describe: _____
- Has any family member died suddenly when he or she was younger than 40 years old? . . No Yes
If yes, please describe: _____
- Have you or any of your teen's other close relatives had a heart attack or stroke (before age 55 for men or before age 65 for women)? No Yes

PREVENTING TUBERCULOSIS (TB)

- Has your child had a TB skin test in the last year? No Yes
- Have you or anyone who lives in your house had a positive TB skin test or active TB? . . No Yes
- Has your child ever received BCG (a TB vaccine sometimes given in foreign countries)? No Yes
- Was your child or another household member born outside the U.S.? No Yes
- Has your child lived outside the U.S. for more than one month? No Yes
- Have you or a family member worked or lived in a jail or prison? No Yes
- Has your family ever lived in a homeless shelter or on the street? No Yes

Please let us know how to reach you, in case we need to call. Thanks!

_____ Phone or pager number

_____ Good times to call you

_____ E-mail address

PHYSICIAN & PRACTITIONER USE AREA

_____ MD/NP/RN