



Guía De Servicios Preventivos Adolescentes

Cuestionario Mayores Para Adolescentes

Confidencial

(No le diremos a nadie lo que tú nos digas)

Expediente # _____

Nombre _____ Fecha _____
(apellido) (nombre) (inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Año Escolar _____ Año Universitario _____ Sexo: Hombre Mujer Edad _____

Dirección _____ Ciudad _____ Area Postal _____

Teléfono donde te podemos llamar _____ Beeper _____

¿Qué idiomas se hablan en tu hogar? _____ Raza _____

Historial Médico

1. ¿Por qué viniste hoy a la clínica/oficina? _____
2. ¿Tienes algún problema de salud? Sí No Problema(s) _____
3. ¿Hastenido algún problema de salud en el año pasado? Sí No
4. ¿Estás tomando alguna medicina ahora? Sí No Nombre de la medicina _____

Para Mujeres Jóvenes

5. ¿Cuál fue el primer día de tu última regla? _____ ¿Te viene la regla regularmente cada mes? No Sí
6. ¿Has tenido un aborto (natural o provocado) o has tenido un hijo en los últimos 12 meses? Sí No

Sobre La Salud

7. Si tienes alguna pregunta o preocupación sobre alguno de los siguientes temas, márcalos.

<input type="checkbox"/> Estatura/peso	<input type="checkbox"/> Tos/te silba el pecho	<input type="checkbox"/> Eyaculas cuando sueñas (el despertar mojado)
<input type="checkbox"/> Alta o baja presión	<input type="checkbox"/> Senos (el busto)	<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual
<input type="checkbox"/> Dieta/comida/apetito	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Masturbación
<input type="checkbox"/> Planes para el futuro/trabajo	<input type="checkbox"/> Dolores de estómago	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Piel (sarpullido, acné)	<input type="checkbox"/> Náusea/vómitos	<input type="checkbox"/> No duermes bien
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento	<input type="checkbox"/> Cansancio todo el tiempo
<input type="checkbox"/> Mareos/desmayos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular o en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Ojos/visión	<input type="checkbox"/> Orinas frecuentemente o tienes dolor al orinar	<input type="checkbox"/> La muerte
<input type="checkbox"/> Oídos/dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Secreción del pene o de la vagina	<input type="checkbox"/> Triste o lloras mucho
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Te orinas en la cama	<input type="checkbox"/> Estrés
<input type="checkbox"/> Muchos catarros	<input type="checkbox"/> Organos sexuales/genitales	<input type="checkbox"/> Enojo/mal humor
<input type="checkbox"/> Boca/dientes/aliento	<input type="checkbox"/> Menstruación/regla	<input type="checkbox"/> Violencia/seguridad personal
<input type="checkbox"/> Cuello/espalda		
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho/dificultad al respirar		
<input type="checkbox"/> Otros (explica) _____		

Tu Salud

Estas preguntas nos ayudarán a conocerte mejor. Escoge la respuesta que mejor describe lo que sientes o haces. Tus respuestas sólo las repasan el doctor y su asistente.

Dieta/Peso

8. ¿Estás satisfecho con tus hábitos alimenticios? No Sí
9. ¿Comes a escondidas o en secreto de vez en cuando? Sí No
10. ¿Te pasas horas pensando en cómo bajar de peso? Sí No
11. En el año pasado, ¿trataste de bajar o controlar tu peso haciéndote vomitar, usando pastillas, laxantes o purgantes, o dejando de comer? Sí No
12. ¿Haces ejercicios o participas en actividades deportivas tres veces o más durante la semana que te hacen sudar y respirar fuerte y que duran 20 minutos? No Sí

Escuela

13. ¿Tus notas de este año son peores que las del año pasado? Sí No No estoy en la escuela
14. ¿Te han dicho o piensas que tienes problemas para aprender? Sí No
15. ¿Te han suspendido de clases en la escuela este año? Sí No No estoy en la escuela

Amistades y Familia

16. ¿Tienes un amigo a quien estimas mucho y con quien puedes hablar de todo? No Sí
17. ¿Piensas que tus padres o tus guardianes te escuchan usualmente y te toman tus sentimientos en serio? No Sí
18. ¿Alguna vez has pensado seriamente en escaparte de tu casa? Sí No No estoy seguro(a)

Armas/Violencia/Seguridad

19. ¿Alguna de las personas con quien vives tú mismo tiene una pistola, rifle, o alguna otra arma de fuego? Sí No No estoy seguro(a)
20. ¿Has portado una pistola, navaja, garrote o alguna otra arma para protegerte en los últimos 12 meses? Sí No
21. ¿Has tenido alguna pelea física en los últimos 3 meses? Sí No
22. ¿Has tenido problemas con la ley? Sí No
23. ¿Te preocupa la violencia o tu seguridad? Sí No No estoy seguro(a)
24. ¿Usas un casco cuando montas en patines, patineta, bicicleta, motocicleta, miniciclo, trimoto o arenero? No Sí
25. ¿Usas el cinturón de seguridad cuando viajas en carro, camión, o camioneta? No Sí

Tabaco

26. ¿Fumas cigarrillos/puros, masticas tabaco, o usas "snuff"? Sí No
27. ¿Alguno de tus amigos fuma cigarrillos/puros, mastica tabaco, o usa "snuff"? Sí No
28. ¿Alguna de las personas con quien vives fuma cigarrillos/puros, mastica tabaco, o usa "snuff"? Sí No

Alcohol

29. El mes pasado, ¿tuviste una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica? Sí No
30. El mes pasado, ¿alguno de tus mejores amigos tuvo una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica? Sí No
31. ¿Alguna vez te han criticado o has tenido problemas porque tomas? Sí No No estoy seguro(a)
32. ¿Bebiste alcohol este año pasado, y después manejaste un carro, camión, camioneta o motocicleta? Sí No No aplica
33. ¿Estuviste en un carro o algún otro vehículo este año pasado, en el cual el chofer estaba bebido o había usado drogas? Sí No
34. ¿Te preocupas por alguno de tu familia que toma mucho o usa drogas? Sí No

Drogas

35. ¿A veces usas marihuana u otras drogas, o inhalas goma o cosas parecidas? Sí No No estoy seguro(a)
36. ¿Alguno de tus mejores amigos usa marihuana u otras drogas, o inhala goma o cosas parecidas? Sí No No estoy seguro(a)
37. ¿Alguna vez has usado medicinas sin receta médica para poder dormir, estar despierto, calmarte, o ponerte en onda? Sí No
(Medicinas que se pueden comprar en cualquier farmacia, sin receta médica)
38. ¿Has usado esteroides en pastilla o como inyección sin receta medica? Sí No No estoy seguro(a)

Desarrollo

39. ¿Te preocupa o quieres más información sobre la forma o tamaño de tu cuerpo, o tu apariencia física? Sí No No estoy seguro(a)
40. ¿Crees ser homosexual, lesbiana, o bisexual? Sí No No estoy seguro(a)

41. ¿Has tenido relaciones sexuales? Sí No No estoy seguro(a)
 ¿Cuántos años tenías la primera vez? _____
42. ¿Estás usando algún método para prevenir el embarazo? No Sí No tengo relaciones
 ¿Cuál? _____
43. ¿Usas condones cuando siempre tienes relaciones sexuales con tus pareja(s)? No Sí No tengo relaciones
44. ¿Alguno de tus mejores amigos ha tenido relaciones sexuales? Sí No No estoy seguro(a)
45. ¿Te ha dicho alguna vez algún doctor o enfermera que tienes una enfermedad o infección que se transmite sexualmente? Sí No No estoy seguro(a)
46. ¿Has estado embarazada alguna vez, o has sido tú el que embarazó a alguna joven? .. Sí No No estoy seguro(a)
47. ¿Quieres información o cosas que te ayuden a evitar embarazos, o infecciones transmitidas sexualmente? Sí No No estoy seguro(a)
48. ¿Quieres saber cómo evitar contraer el virus del VIH/SIDA? Sí No No estoy seguro(a)
49. ¿Te has perforaste (excluyendo las orejas) o recibiste algún tatuaje en el cuerpo? Sí No Lo estoy pensando

Emociones

50. ¿Te has divertido en las últimas dos semanas? No Sí
51. Durante las últimas dos semanas, ¿te has sentido triste con frecuencia, o desganado, o como si no tuvieras nada que buscar en la mañana? Sí No
52. ¿Alguna vez has seriamente pensado en el suicidio, hecho planes para hacerlo, o tratado de matarte? Sí No
53. ¿Alguna vez te han abusado físicamente, sexualmente, o emocionalmente? Sí No No estoy seguro(a)
54. ¿Haces cosas violentas cuando te enojas? Sí No
55. ¿Deseas tener una consulta profesional sobre algo que te está molestando? Sí No No estoy seguro(a)

Circunstancias Especiales

56. En los últimos 12 meses, ¿estuviste con alguien que tiene tuberculosis? Sí No No estoy seguro(a)
57. ¿Te has quedado alguna noche en un refugio para desamparados, cárcel, o prisión juvenil? Sí No
58. ¿Has vivido en un hogar adoptivo o una casa para grupos de jóvenes? Sí No

Sobre Tu Persona

59. ¿Cuáles son las cuatro palabras que mejor describen cómo eres? _____
60. Si pudieras cambiar algo en tu vida, o en tu persona, ¿qué cosa cambiarías? _____
61. ¿De qué cosas quieres hablar hoy? _____