



Guía de Servicios Preventivos Para los Adolescentes
Cuestionario para Adolescentes Jóvenes

Confidencial (No le diremos a nadie lo que nos diga)

Form fields for personal information: Archivo #, Nombre (Apellido, Nombre, Inicial), Fecha de Hoy (mes/día/año), Fecha de Nacimiento (mes/día/año), Año/Curso Escolar, Niño o Niña (marque con círculo), Edad, Dirección, Ciudad, Código Postal/Zip, Teléfono (Código), Anunciador/Pager/Beeper (Código)

¿Cuales idiomas se hablan donde vive Ud.?
¿Es Ud.?:
Blanco
Afro-Americano
Asiático/Isleño del Pacífico
Latino/Hispano
Indígena Norteamericano
Otro

Historia Médica

1. ¿Porqué vino al consultorio hoy?
2. ¿Tiene alergias a cualquier medicina?
3. ¿Tiene cualquier problema con la salud?
4. ¿Esta tomando medicinas actualmente?
5. ¿En el último año ha consultado al dentista?
6. En el último año Ha pasado la noche en el hospital?
7. ¿Alguna vez padeció cualquiera de los siguientes problemas de salud?
Alergias o "hay fever"
Asma
Tuberculosis (TB)
Convulsiones/Ataques
Cáncer
Diabetes

Unicamente para Niñas

8. Ha comenzado a tener su período/ la regla?
a. Si ya comenzó Le viene regularmente (una vez al mes)?
b. Si es el caso, ¿Cual fue el primer día de la última regla?
9. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

Manejo propio de la salud

¿Le hizo preguntas a su Doctor durante su visita?
¿Respondió usted las preguntas hechas por su medico durante la visita?
¿Paso usted un tiempo a solas con su médico por lo menos una parte de la visita (sin sus padres)?
¿Toma medicamentos (si es necesario) por su propia cuenta?
Cuando se le preguntó, ¿puede describir sus problemas médicos o problemas (si existen)?

Información Familiar

10. ¿Con quién vive? (Marque todas que sean ciertas).

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Hermanos/edades |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Hermanas/edades |
| <input type="checkbox"/> Guardián Legal | <input type="checkbox"/> Otro pariente adulto | <input type="checkbox"/> Otra/(explique) |

11. ¿Tiene hermanos mayores que no viven en casa?..... Sí No No estoy seguro

12. En el último año Han habido cambios importantes en su familia? (Marque todas que sean ciertas),

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Matrimonios | <input type="checkbox"/> Alguien perdi su empleo | <input type="checkbox"/> Nacimientos | <input type="checkbox"/> Otros cambios |
| <input type="checkbox"/> Separaciones | <input type="checkbox"/> Mudanzas a otros vecindarios | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves | |
| <input type="checkbox"/> Divorcios | <input type="checkbox"/> Cambio de escuela | <input type="checkbox"/> Muertes | |

Problemas Específicos de la Salud

13. Por favor, marque a continuación si tiene preguntas o alguna preocupación sobre:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estatura/desarrollo físico | <input type="checkbox"/> Cuello o espalda | <input type="checkbox"/> Músculos o dolor en los brazos/piernas | <input type="checkbox"/> Enojo o mal genio |
| <input type="checkbox"/> Peso | <input type="checkbox"/> Pechos/senos | <input type="checkbox"/> Menstruación o la regla | <input type="checkbox"/> Cansancio |
| <input type="checkbox"/> Ojos/la vista | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Mojarse la cama | <input type="checkbox"/> Dificultad al dormir |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para oír o dolor del oído | <input type="checkbox"/> Tos o le chilla el pecho hacer pipí | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar o | <input type="checkbox"/> Su relación con los compañeros |
| <input type="checkbox"/> Catarro/moquillo o las narices tapadas | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho o dificultad en respirar | <input type="checkbox"/> Gota del pene o la vagina | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Boca o dientes o aliento | <input type="checkbox"/> Dolor del estómago | <input type="checkbox"/> Sueño mojado | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Vómito o náuseas | <input type="checkbox"/> Piel (salpullido/espinitas) | <input type="checkbox"/> La muerte |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Estas preguntas nos ayudarán a conocerle mejor. Escoja la respuesta que mejor indica lo que siente o hace. Sus respuestas serán vistas únicamente por su médico/enfermera y su asistente.

Su Salud

Comer/Peso/Cuerpo

14. ¿Come Ud. frutas y vegetales cada día? No Sí
15. ¿Toma Ud. leche y/o come productos lácteos cada día? No Sí
16. ¿Gasta mucho tiempo pensando en como adelgazar? Sí No
17. ¿Trata de bajar de peso (evita comidas, toma pastillas, ayuna, vomita, eta) Sí No
18. ¿Trabaja Ud, juega, o hace suficiente ejercicio como para sudar o respirar fuerte por lo menos 3 veces por semana? No Sí
19. Ha perforado su cuerpo (sin incluir las orejas) o ha puesto un tatuaje? Sí No

La Escuela

20. ¿Salir bien en sus estudios es importante para Ud.? No Sí
21. ¿Salir bien en sus estudios es importante para su familia y sus amigos?..... No Sí
22. ¿Sus notas (calificaciones) son peores este año ? Sí No No estoy seguro
23. ¿Está saliendo mal en alguna materia ? Sí No No estoy seguro
24. ¿Le han dicho que tiene dificultad en aprender? Sí No
25. ¿Le han suspendido de clases este año?..... Sí No

Los Amigos y la Familia

26. ¿Conoce al menos una persona con quien puede hablar si tiene un problema? No Sí
27. ¿ Cree Ud. que sus padres o su guardián le escuchan y toman en serio sus sentimientos?..... No Sí
28. ¿Sus padres han hablado con Ud. sobre alcohol, drogas, y sexo ? No Sí No estoy seguro
29. ¿Está preocupado por problemas en su casa o en su familia ? Sí No No estoy seguro
30. ¿Alguna vez ha contemplado seriamente fugarse de la casa? Sí No

Las Armas/la Violencia/la Seguridad

31. ¿Hay una pistola, rifle u otra arma de fuego en la casa donde vive ? Sí No No estoy seguro
32. ¿Alguna vez ha portado una pistola, cuchillo, palo u otra arma para protegerse?..... Sí No
33. ¿Alguna vez ha estado en una pelea donde Ud. u otra persona fue lesionado?.. Sí No
34. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la policía? Sí No
35. ¿Alguna vez ha visto un acto de violencia en la casa, la escuela, o en el vecindario?..... Sí No
36. ¿Está Ud. preocupado por la violencia o por su seguridad?..... Sí No No estoy seguro
37. ¿Normalmente usa Ud. un casco y/o equipo protector cuando patina (“roller blade,” “skateboard”, o monta a bicicleta? No Sí
38. ¿Siempre usa Ud. el cinturón de seguridad cuando monta en un auto, vehículo de carga, o camioneta? No Sí

El Tabaco

39. Ha probado Ud. cigarrillos o tabaco de mascar (rapé)?..... Sí No
40. ¿Alguno de sus mejores amigos ha probado cigarrillos o tabaco de mascar?..... Sí No
41. ¿Alguien con quien vive Ud. fuma cigarrillos/puros o usa tabaco de mascar?.... Sí No

El Alcohol

42. ¿Alguna vez ha probado Ud. cerveza, vino, u otro licor (fuera de propósitos religiosos)? Sí No
43. ¿Alguno de sus mejores amigos ha probado cerveza, vino, u otro licor (fuera de propósitos religiosos)? Sí No
44. ¿Alguna vez ha estado en un veh culo cuando el motorista ha estado tomando drogas, cerveza, vino, u otro licor? Sí No
45. ¿Hay alguien en su familia que toma tanto que le preocupa?..... Sí No No estoy seguro

Las Drogas

46. ¿Alguna vez ha tomado sustancias para elevarse, para mantenerse despierto, calmarse, o para dormir?..... Sí No No estoy seguro
47. ¿Alguna vez ha usado marijuana (hierba, pasto, maría, mota, “refer, o pot”)?..... Sí No No estoy seguro
48. ¿Alguna vez ha usado otras drogas como la coca na, la metanfetamina “speed”, LSD, hongos.? Sí No No estoy seguro
49. ¿Alguna vez ha inhalado sustancias: pintura, “white-out”, gases de los pegantes o gomas, gasolina? Sí No No estoy seguro
50. ¿Alguno de sus mejores amigos ha usado la marijuana, otras drogas o hecho otras cosas para elevarse o sentirse “bien”? Sí No No estoy seguro
51. ¿Hay alguien en su familia que usa tanta droga que le preocupa? Sí No No estoy seguro

El Desarrollo/Relaciones Personales

52. ¿Tiene novio(a) o esta saliendo con alguien?..... Sí No No estoy seguro
53. ¿Está pensando en tener relaciones sexuales (en hacerlo, tener sexo)?..... Sí No No estoy seguro
54. ¿Quisiera recibir información sobre como abstenerse
(como decir que “no” a tener sexo)?..... Sí No No estoy seguro
55. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?..... Sí No No estoy seguro
56. ¿Alguno de sus amigos ha tenido relaciones sexuales ya?..... Sí No No estoy seguro
57. ¿Alguna vez ha sido presionado por alguien a tener
relaciones o ha tenido relaciones cuando no quería? Sí No No estoy seguro
58. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tuvo una enfermedad
transmitida sexualmente como el herpes, la gonorrea, o la sífilis?..... Sí No No estoy seguro
59. ¿Quisiera saber como evitar el embarazo, el VIH/SIDA,
o una enfermedad “venérea”?..... Sí No No estoy seguro

Las Emociones

60. ¿ Ha hecho algo divertido en las últimas dos semanas? No Sí
61. ¿Cuando se pone enojado, se hace cosas violentas?..... No Sí
62. ¿Durante las últimas semanas ha sentido muy triste,
desanimado, desalentado? No Sí
63. ¿Alguna vez ha pensado seriamente en matarse,
ha hecho un plan, o ha intentado matarse? No Sí
64. ¿Hay algo que le preocupa o teme con frecuencia?..... No Sí
65. ¿Alguna vez ha sido abusado físicamente, emocionalmente, o sexualmente? No Sí No estoy seguro
66. ¿Quisiera hablar con un(a) consejero(a) de algo que le preocupa? No Sí No estoy seguro

Circunstancias Especiales

67. En este año pasado, ¿Ha pasado tiempo con alguien
que tiene la tuberculosis?..... Sí No No estoy seguro
68. En este año pasado, ¿Ha pasado la noche en un albergue,
la cárcel, o un centro detención juvenil? Sí No
69. ¿Alguna vez ha vivido con padres de crianza, o en una casa juvenil?..... Sí No

Sí Mismo

70. ¿Cuales dos palabras describen mejor a Ud.? 1)_____ 2)_____
71. ¿Que quiere hacer cuando sea adulto?_____
72. Si podrían concederle tres deseos, cuales serían?
- 1)_____
- 2)_____
- 3)_____

Febrero, 1998