



12-17 años

Para los PACIENTES

Por favor complete estas formas antes de su cita hoy.

Gracias!

Evaluación para mantenerse saludable

De 12 a 17 años

Nombre (nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> _____	Fecha de hoy	Grado escolar:
Persona que llena el formulario	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		¿La asistencia a la escuela es regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor responda todas las preguntas de este formulario de la mejor manera posible. Encierre en un círculo "Omitir" si no sabe la respuesta o si no quiere responder. Asegúrese de hablar con su médico o enfermera si tiene alguna pregunta sobre este formulario. Sus preguntas se protegerán como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Acción clínica:

						Nutrición		
1	¿Bebe o come 3 porciones de alimentos ricos en calcio cada día, como leche, queso, yogur, leche de soya o tofu?	Sí	No	Omitir				
2	¿Come frutas y verduras al menos 5 veces al día?	Sí	No	Omitir				
3	¿Come alimentos con mucha grasa, como alimentos fritos, papas fritas, helado o pizza más de una vez a la semana?	No	Sí	Omitir				
4	¿Toma más de 12 oz (1 lata de refresco) de jugo, bebidas deportivas, bebidas energéticas o café endulzado al día?	No	Sí	Omitir				
						Actividad física		
5	¿Se ejercita o practica deporte la mayoría de los días de la semana?	Sí	No	Omitir				
6	¿Le preocupa su peso?	No	Sí	Omitir				
7	¿Ve televisión, juega videojuegos, usa teléfonos, computadoras o tabletas más de 2 horas al día?	No	Sí	Omitir				
						Salud dental		
8	¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días?	Sí	No	Omitir				
						Seguridad		
9	¿Su casa tiene un detector de humo funcional?	Sí	No	Omitir				
10	¿Usted y su familia conocen el número telefónico del Centro de Control de Envenenamiento (800-222-1222)?	Sí	No	Omitir				
11	¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?	Sí	No	Omitir				
12	¿Pasa tiempo en una casa donde se guarda una pistola?	No	Sí	Omitir				
13	¿Alguna vez ha portado una pistola, un cuchillo u otra arma, o ha pasado tiempo con alguien que lo hace?	No	Sí	Omitir				
14	¿Alguna vez ha sido arrestado o ha estado en libertad condicional?	No	Sí	Omitir				
15	¿Alguna vez ha estado involucrado con una pandilla?	No	Sí	Omitir				
16	¿Siempre usa casco cuando viaja en bicicleta, patineta o motoneta?	Sí	No	Omitir				
17	¿Alguna vez ha sido testigo de abuso o violencia?	No	Sí	Omitir				
18	¿Alguien lo ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente, o usted ha lastimado físicamente a alguien?	No	Sí	Omitir				
19	¿Alguna vez ha sido acosado o se ha sentido inseguro en la escuela o en su vecindario (o ha sufrido acoso cibernético)?	No	Sí	Omitir				
						Ambiente en el hogar		
20	¿Algún miembro de su familia sufre depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) u otras condiciones de salud mental?	No	Sí	Omitir				

21	¿Alguna vez ha estado lejos de alguno de sus padres debido a una enfermedad parental, separación, cuidado de crianza u otras razones?	No	Sí	Omitir		
22	¿A usted o a su familia les ha ocurrido algo aterrador o molesto?	No	Sí	Omitir		
23	Durante el último año, ¿a usted o a su familia les ha preocupado que se les terminen los alimentos antes de poder conseguir más?	No	Sí	Omitir		
24	Durante el último año, ¿le ha preocupado tener que mudarse de su hogar por no poder pagar la renta o por otras razones?	No	Sí	Omitir		
Sus respuestas sobre sexo, drogas y salud mental no pueden compartirse sin su permiso, excepto por abuso o peligro inmediato para usted u otros.						
25	¿Pasa tiempo con alguien que fume?	No	Sí	Omitir	<i>Exposición a drogas, alcohol y tabaco</i>	
26	¿Fuma, mastica tabaco o usa cigarros electrónicos?	No	Sí	Omitir		
27	¿Usa o inhala alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, crack, metanfetaminas, éxtasis, etc.?	No	Sí	Omitir		
28	¿Usa medicinas o pastillas, como xanax u oxicodona, que no le haya recetado su médico o enfermera?	No	Sí	Omitir		
29	¿Bebe alcohol (cerveza, vino, licor, bebidas preparadas o cocteles)?	No	Sí	Omitir		
30	Si bebe alcohol, ¿bebe tanto como para embriagarse o desmayarse?	No	Sí	Omitir		
31	¿Tiene amigos o miembros de su familia que tengan un problema con las drogas o el alcohol?	No	Sí	Omitir		
32	¿Conduce después de haber bebido o usado drogas, o viaja en un automóvil conducido por alguien que haya bebido o usado drogas?	No	Sí	Omitir		
33	¿Tiene preguntas sobre su orientación sexual (quién le atrae) o sobre su identidad de género (cómo se siente sobre ser un chico, una chica, otro género)?	No	Sí	Omitir		<i>Salud sexual</i>
34	¿Alguna vez se ha sentido forzado o presionado para tener relaciones sexuales?	No	Sí	Omitir		
35	¿Alguna vez le han ofrecido dinero, drogas o un lugar donde pueda quedarse a cambio de tener relaciones sexuales?	No	Sí	Omitir		
36	¿Alguna vez ha tenido sexo (oral, vaginal o anal)? <i>Si responde no, vaya a la pregunta 43.</i>	No	Sí	Omitir		
37	¿Cree que su pareja puede tener una infección de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.?	No	Sí	Omitir		
38	¿Usted o su(s) pareja(s) han tenido relaciones sexuales con otras personas en el último año?	No	Sí	Omitir		
39	¿Usted o su(s) pareja(s) han tenido relaciones sexuales sin usar anticonceptivos en el último año?	No	Sí	Omitir		
40	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usó un anticonceptivo?	Sí	No	Omitir		
41	¿Usted o su(s) pareja(s) han tenido relaciones sexuales sin condón en el último año?	No	Sí	Omitir		
42	¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales?	Sí	No	Omitir		

43	¿A menudo se siente triste, desanimado o desesperanzado?			No	Sí	Omitir	<i>Salud mental</i>
44	Durante las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días		
	Poco interés o gusto por hacer cosas	0	1	2	3		
	Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3		
45	Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera			0	1	2	3
	¿Tiene otras preguntas o inquietudes sobre su salud?			No	Sí	Omitir	<i>Otro</i>
Firma del proveedor:		Nombre del proveedor con letra de molde:		Fecha:			<input type="checkbox"/> El paciente rechazó la Evaluación para mantenerse saludable (Staying Healthy Assessment, SHA)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil