

Nombre del paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes 12 a 17 años

### Historial de intervalos:

¿Has padecido alguna enfermedad grave, has acudido a la sala de emergencias o unidad de urgencias desde tu última cita en el consultorio? No Sí

¿Has tenido alguna reacción a las vacunas en el pasado? No Sí

### Escuela/actividades/empleo:

¿A qué escuela asistes? \_\_\_\_\_

¿Qué grado cursas? \_\_\_\_\_

¿Te preocupan a ti o a alguien más tus calificaciones? No Sí

¿Tienes un trabajo? No sí

De ser sí, ¿dónde trabajas? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades participas (música/arte/deportes/otra)?

¿Cuántas horas de "tiempo frente a la pantalla" pasas por día (incluyendo, televisión, computadora, tableta, videojuego, teléfono celular)? \_\_\_\_\_

### Para niñas únicamente:

¿Has tenido tu primera menstruación? Sí No

¿Tus menstruaciones son irregulares o abundantes? No Sí

¿Tienes alguna pregunta sobre tu menstruación? No Sí

### Vista/oído:

¿Tienes algún problema para escuchar bien? No Sí

¿Tienes algún problema para ver de lejos o de cerca? No Sí

### Actividad física:

¿Haces ejercicio o practicas deportes la mayoría de los días de la semana? Sí No

¿Tienes dolores de pecho, mareos o te desmayas con el ejercicio? No Sí

¿Alguna vez has tenido pulso irregular o palpitaciones? No Sí

¿Alguna vez has tenido una convulsión o has perdido el conocimiento? No Sí

¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza? No Sí

¿Alguna vez has padecido de insolación o agotamiento a causa del calor? No Sí

¿Te falta algún órgano, tal como un riñón, testículo, ojo, etc.? No Sí

¿Usas un inhalador para asma, tos o deportes? No Sí

Adolescente sano de 12 a 17 años

Translated by Interpreter Services at Stanford



Nombre del paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Salud dental:**

¿Te cepillas los dientes y usas hilo dental todos los días? Sí No

¿Visitas a un dentista con regularidad (dos veces al año)? Sí No

**Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:**

¿Tu hogar tiene un detector de humo en funcionamiento? Sí No

¿Tu hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono? Sí No

¿Siempre usas un cinturón de seguridad cuando viajas en automóvil? Sí No

¿Sabes nadar? Sí No

¿Usas filtro solar/sombrero/u otras medidas de protección solar cuando estás al aire libre? Sí No

¿Pasas tiempo en una casa donde se guarda un arma? No Sí Omitir

De ser sí, ¿están todas las pistolas guardadas en armario bajo llave o candado y separadas todas las pistolas de las municiones? Sí No Omitir

¿Pasas tiempo con alguien que porta una pistola, navaja u otra arma? No Sí Omitir

De ser sí, ¿está el arma guardada de forma segura e inaccesible? Sí No Omitir

¿Usas un casco cuando andas en bicicleta, patinete o monopatín? Sí No

¿Alguna vez fuiste testigo de abuso o violencia? No Sí

¿Has recibido golpes, bofetadas, patadas o has sido lastimado físicamente por alguien (o has lastimado tú a alguien) durante el año pasado? No Sí

¿Alguna vez has sufrido *bullying* (burlas o intimidación) o te has sentido inseguro(a) en la escuela o en tu vecindario (o has sufrido *bullying* por Internet)? No Sí

¿Pasas tiempo con una persona que fuma? No Sí

**Detección de tuberculosis:**

¿Un miembro de la familia o un conocido ha padecido de tuberculosis o tenido un resultado positivo a una prueba en la piel para detectar tuberculosis (PPD)? No Sí No estás seguro(a)



Nombre del paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Enumera cualquier alergia a medicinas conocida: \_\_\_\_\_

Enumera cualquier alergia a alimentos conocida: \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna inquietud que te gustaría comentar con tu proveedor?

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<i><b>Clinic Use Only</b></i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature	Print Name:			Date:	

Ver: 5-7-15

Nombre del paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Salud mental/salud sexual/exposición a sustancias**

**LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS SON CONFIDENCIALES**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido has tenido los siguientes problemas?:

Te sientes triste, deprimido(a), irritable o sin esperanza

[Nada] [Varios días] [Más de la mitad de los días] [Casi todos los días]

¿Poco interés o placer en hacer las cosas?

[Nada] [Varios días] [Más de la mitad de los días] [Casi todos los días]

Durante los últimos 12 meses,

¿Tomaste alcohol (más que unos sorbitos) No   Sí   Omitir

¿Fumaste marihuana o hashish? No   Sí   Omitir

Usas alguna otra sustancia para drogarte?

(“Alguna otra cosa” incluye drogas ilegales, medicinas recetadas o sin receta,  
cualquier cosa que inhales o aspire)

No   Sí   Omitir

¿Alguna vez has viajado en un automóvil con alguien (incluyéndote a ti) que estaba drogado o que haya estado bebiendo alcohol o consumiendo drogas? No   Sí   Omitir

¿Fumas cigarrillos o masticas tabaco? No   Sí   Omitir

¿Usas medicamentos que no te recetaron a ti? No   Sí   Omitir

¿Tienes amigos o miembros de la familia que tienen un problema con las drogas o el alcohol? No   Sí   Omitir

¿Alguna vez te han obligado o presionado para tener sexo? No   Sí   Omitir

¿Alguna vez has tenido sexo (incluyendo coito o sexo oral)? No   Sí   Omitir

*Si la respuesta es “No”, puedes ir a la siguiente sección:*

¿Crees que tu compañero(a) podría haber tenido una infección de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea, verrugas genitales? No   Sí   Omitir

¿Tu o tu compañero(a) han tenido sexo con otras personas durante el último año? No   Sí   Omitir

¿Tu o tu compañero(a) han tenido sexo sin usar anticonceptivos durante el último año? No   Sí   Omitir

La última vez que tuviste sexo, ¿utilizaste anticonceptivos? No   Sí   Omitir

¿Tu o tu compañero(a) tuvieron sexo sin usar condón durante el año pasado? No   Sí   Omitir

¿Tu o tu compañero(a) usaron un condón la última vez que tuvieron sexo? No   Sí   Omitir



Nombre del paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tienes inquietudes sobre tu orientación sexual (a quien te sientes atraído) o sobre tu identidad de género (cómo te sientes como varón, o mujer u otro género)?

No   Sí   Omitir

*Fin de la sección confidencial*