

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

Revisión de adulto sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 18 a 21 años

Historial de intervalos:

¿Ha 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/año cursas en la escuela? _____

¿Te preocupan tus calificaciones? No Sí

¿Tienes un trabajo? No Sí

De ser sí, ¿dónde trabajas? _____

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

Para mujeres únicamente:

¿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 u otras actividades como caminar, jardinería, natación,
durante media hora por día? 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



Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

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

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/salud mental/consumo de tabaco, alcohol, drogas/problemas sexuales:

¿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

¿Has tenido accidentes automovilísticos recientemente? No Sí

¿Nadas?

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

¿Tienes una pistola en tu casa o en el lugar donde vives? 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

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

¿Te sientes seguro(a) en el lugar donde vives? Sí No

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

Te has sentido triste, deprimido(a), irritable o sin consuelo

[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]

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

¿Amigos o miembros de la familia fuman en tu casa o en el lugar donde vives?	No	Sí	
¿Fumas cigarrillos o masticas tabaco?	No	Sí	
¿Usas o inhalas alguna sustancia para drogarte, tal como marihuana, cocaína, crack, metanfetaminas (<i>meth</i>), éxtasis, etc.?	No	Sí	Omitir
¿Usas alguna droga o medicina para ayudarte a dormir, relajarte, calmarte, sentirte mejor o perder peso?	No	Sí	Omitir
¿Tomas alcohol?	No	Sí	Omitir

Si la respuesta es "Sí", responde las siguientes preguntas. Si la respuesta es "No", puedes seguir a la siguiente pregunta no relacionada.

-- ¿Bebes lo suficiente para emborracharte o perder el conocimiento?	No	Sí	Omitir
-- En el último año, ha hecho lo siguiente:			
Para hombres, ¿has tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	No	Sí	Omitir
Para mujeres, ¿has tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	No	Sí	Omitir
-- ¿Conduces un automóvil después de tomar alcohol?	No	Sí	Omitir

¿Viajas en un automóvil con alguien que haya bebido alcohol o consumido drogas?	No	Sí	Omitir
¿Alguna vez has tenido sexo (incluyendo coito o sexo oral)?	No	Sí	Omitir

Si la respuesta es "Sí", responde las siguientes seis preguntas.

Si la respuesta es "No", puedes ir a la siguiente sección.

--¿Crees que tú o tu compañero puedan estar esperando un bebé?	No	Sí	Omitir
--¿Crees que tu compañero(a) podría tener una infección de transmisión sexual, tal como clamidia, gonorrea, verrugas genitales u otra?	No	Sí	Omitir
--¿Tú o tu compañero(a) han tenido sexo sin usar anticonceptivos durante el último año?	No	Sí	Omitir
--¿Tú o tu compañero(a) han tenido sexo con otras personas durante el último año?	No	Sí	Omitir
--¿Tú o tu compañero(a) han tenido sexo sin usar condón durante el último año?	No	Sí	Omitir
--¿Alguna vez te han obligado o presionado para tener sexo?	No	Sí	Omitir

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

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 estoy seguro(a)
- ¿Naciste en un país de alto riesgo (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)? No Sí
- ¿Has salido de viaje (o has tenido contacto con personas que viven en un país de alto riesgo) por más de una semana (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)? No Sí

Evaluación de riesgo para perfil de lípidos anormal (tal como colesterol alto):

- ¿Alguno de tus padres o abuelos padece una cardiopatía importante a los 55 años de edad o antes (ataque cardíaco, derrame cerebral, angioplastia, angina de pecho o cirugía de bypass)? No Sí No estoy seguro(a)
- ¿Uno de tus padres tiene un nivel de colesterol de 240 o más? No Sí No estoy seguro(a)

Sueño:

- ¿Cuántas horas duermes en la noche? _____ horas
- ¿Estás satisfecho (a) con su sueño? Sí No

Nutrición:

- ¿Qué tipo de leche bebes? (encierra en un círculo una opción)
 [Entera] [2%] [Sin grasa] [Otra] [Ninguna]
- ¿Cuántas onzas de leche bebes al día? _____ oz
- ¿Cuántos jugos/refrescos/bebidas deportivas/bebidas energéticas tomas cada día? _____ oz
- ¿Comes frutas y verduras todos los días? Sí No
- ¿Tomas o comes 3 porciones diarias de alimentos ricos en calcio tales como leche, leche de soya, queso, yogur o tofu? Sí No
- ¿Limitas la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que ingieres? Sí No
- ¿Es fácil para ti lograr comer alimentos saludables? Sí No
- ¿A menudo comes muchos o muy pocos alimentos? No Sí

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

 ¿Ingieres alimentos ricos en hierro (tales como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles)? Sí No

 ¿Sigue una dieta vegetariana estricta? No Sí

 Si usted es vegetariano(a), ¿toma suplementos de hierro? Sí No

 ¿Estás contento(a) con tu peso? Sí No

 ¿Actualmente estás intentando ganar o perder peso? No Sí

 Por favor, enumera todos los medicamentos o suplementos que estás tomando:

¿Con quién vives? _____

 Por favor, enumere cualquier nuevo problema médico familiar importante:

Por favor, enumera cualquier alergia a medicinas conocida: _____

Por favor, enumera cualquier alergia a alimentos conocida: _____

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

Firma: _____ Fecha: _____

<i>Clinic Use Only</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"/> Patient Declined the SHA
<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:	