

CUESTIONARIO “MANTENTE SALUDABLE” Adolescentes de 12 a 17 años

Patient Stamp	
_____ Patient Number	_____ Plan Name/Number
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Nombre y apellido del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha	For Clinical Use
Nombre de la persona que llena el cuestionario (Si es diferente al paciente)	Parentesco con el adolescente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

El equipo médico y tú pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor, contesta estas preguntas lo mejor que puedas. Si no sabes la respuesta, o no deseas contestar, puedes marcar (✓) “omite”. Puedes hablar con tu proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Tus respuestas serán confidenciales y serán parte de tu expediente médico.

Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practicar deportes?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	Interventions Code/Date/Initials
--	--	-----------------------------	--------------------------------	---

Tú: (Do You:)				
1. ¿Vives con tu familia? <i>(Live at home?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
2. ¿Vas a la escuela? <i>(Go to school?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
3. ¿Recibes atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero, u otros? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
4. ¿Vas al dentista, por lo menos una vez al año? <i>(See the dentist at least once a year?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
5. ¿Tomas leche o yogur, o comes queso, por lo menos 3 veces al día? <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
6. ¿Comes frutas y verduras todos los días? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
7. ¿Intentas reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que comes? <i>(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
8. ¿Haces ejercicio, o practicas un deporte activo, 5 días a la semana? <i>(Exercise or play an active sport 5 days a week?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
9. ¿Crees que necesitas perder o aumentar de peso? <i>(Think you need to lose or gain weight?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
10. ¿Te sientes a menudo triste, deprimido o desesperado? <i>(Often feel sad, down, or hopeless?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
11. ¿Usas el cinturón de seguridad, siempre que vas en carro? <i>(Always wear a seat belt when riding in a car?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
12. ¿Usas un casco protector, siempre que andas en bicicleta o en patineta? <i>(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
13. ¿Pasas tiempo en una casa, donde hay una pistola? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
14. ¿Pasas tiempo en una casa, donde alguien fuma? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
15. ¿Pasas tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para protegerte contra el sol? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	

For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

Tus respuestas a las preguntas sobre el sexo y la planificación familiar no se compartirán, ni siquiera con tus padres. Si deseas que ellos se enteren, debes firmar un permiso. (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)				For Clinical Use		
				Interventions Code/Date/Initials		
Alguna vez: (Do You Ever:)						
16.	¿Has fumado alguna vez cigarrillos o puros, o masticado tabaco? <i>(Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
17.	¿Has tomado alcohol como cerveza, vino, <i>wine coolers</i> o licor? <i>(Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
18.	¿Has manejado un carro, después de haber tomado bebidas alcohólicas, o estuviste en uno, manejado por alguien que ha estado tomando? <i>(Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
19.	¿Has usado drogas como la marihuana, cocaína, <i>crack</i> , <i>crank</i> <i>(Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, or ecstasy?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
20.	¿Has tenido relaciones sexuales? (Have you ever had sex?) <i>Si la respuesta es sí, continúa con las siguientes preguntas. Si la respuesta es no, pasa a la pregunta 26: (If "yes," continue to next question. If "no," go to question 26.)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
21.	¿Crees que tú podrías, o que tu pareja podría estar embarazada? <i>(Do you think you or your partner could be pregnant?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
22.	¿Has tenido relaciones sexuales en el último año, sin usar algún método anticonceptivo? <i>(Have you had sex without using birth control in the last year?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
23.	¿Crees que tú podrías, o que tu pareja podría tener una enfermedad transmitida sexualmente? <i>(Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
24.	En el último año, ¿tú o tu pareja han tenido relaciones sexuales con otras personas? <i>(Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
25.	La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usaste un condón con tu pareja? <i>(Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite		
Alguna vez: (Have you:)						
26.	¿Te han forzado o presionado, a tener relaciones sexuales? <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
27.	¿Te han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? <i>(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
28.	¿Has llevado contigo una pistola, cuchillo, macana u otra arma? <i>(Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		
29.	¿Tienes alguna pregunta o preocupación relacionada con tu salud? <i>(Do you have other questions or concerns about your health?)</i> <i>(Por favor, escríbela) (Please identify)</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite		

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Declaración sobre la Privacidad

La Ley de Prácticas sobre la Información (*Information Practices Act*) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad [5 USC 552a, Subdivisión (E)(3)] exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.