



Guía De Servicios Preventivos Para Los Adolescentes

Cuestionario Para Padres o Guardianes

Confidencial

(No le diremos a nadie lo que nos diga)

Fecha _____

Nombre del adolescente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del Padre o Guardián _____ Su relación con el adolescente _____

Su número de teléfono: de casa (_____) del trabajo (_____)

Historial Médico del Adolescente

1. ¿Es su adolescente alérgico a alguna medicina?
 Sí No Si la respuesta es Sí ¿a cuál medicina? _____

2. Por favor, díganos qué medicinas está tomando su adolescente.

Nombre de la medicina	Razón para tomarla	Cuánto tiempo tiene tomándola
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su adolescente?
 Sí No Si la respuesta es Sí, escriba la edad que tenía y explique cuál era el problema.

Edad	Problema
_____	_____
_____	_____

4. ¿Su adolescente alguna vez se ha lastimado seriamente?
 Sí No Si su respuesta es Sí por favor explique. _____

5. ¿Ha notado cambios en la salud de su adolescente en los últimos 12 meses?
 Sí No Si su respuesta es Sí por favor explique. _____

6. Por favor, marque (✓) si su adolescente alguna vez padeció de alguno de los siguientes problemas de salud. Si su respuesta es Sí marque cuántos años tenía cuando comenzó el problema.

	Sí	No	Edad		Sí	No	Edad
Problemas de aprendizaje/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolores de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Falta de Hierro en la Sangre (anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infección de la vejiga o de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática o enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Escoliosis (columna vertebral curva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis/enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otra(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis (enfermedad del hígado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

7. ¿Tiene esta clínica toda la información sobre las vacunas de su adolescente?
 Sí No No estoy seguro

Historial Familiar

8. Algunos problemas de salud se pasan de generación a generación. ¿Hay algún pariente biológico, de su adolescente (padres, abuelos, tíos, o hermanos), que haya tenido alguna de las siguientes enfermedades? Incluya parientes vivos y difuntos. Si la respuesta es Sí, marque cuántos años tenía la persona cuando empezó el problema y su relación con su adolescente.

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Alergias/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer (de qué tipo _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Problema con la bebida/Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Adicción a drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad del sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias <u>antes</u> de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias <u>después</u> de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alto Nivel de Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tuberculosis/enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

9. ¿Con quién vive el adolescente la mayor parte del año? (Marque todas las que sean ciertas)
- Ambos padres en la misma casa Madrastra Hermanas/edades _____
 Madre Padrastro Otra persona _____
 Padre Guardián Legal Solo
 Otro pariente adulto Hermanos/edades _____
10. En estos últimos 12 meses, ¿han habido cambios importantes en su familia? (Marque todos los que sean ciertos.)
- Matrimonios Alguien perdió el trabajo Nacimientos Otros _____
 Separaciones Mudanzas a otros vecindarios Enfermedades graves _____
 Divorcios Cambio de escuela o universidad Muertes _____

Preocupaciones de los padres o guardián

11. Por favor, fijese en los temas que le damos a continuación. Marque (✓) si tiene usted alguna preocupación sobre algún tema con respecto a su adolescente.
- | | Me preocupa | | Me preocupa |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Problemas físicos | <input type="checkbox"/> | Pistolas/armas | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo físico | <input type="checkbox"/> | Malas notas escolares/ausencias/abandono de estudios | <input type="checkbox"/> |
| Peso | <input type="checkbox"/> | Fumar cigarrillos/mascar tabaco | <input type="checkbox"/> |
| Cambios en su apetito | <input type="checkbox"/> | Uso de drogas | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de dormir | <input type="checkbox"/> | Uso de bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de comer/nutrición | <input type="checkbox"/> | Noviazgos/Fiestas | <input type="checkbox"/> |
| La cantidad de actividad física | <input type="checkbox"/> | Conducta sexual | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo emocional | <input type="checkbox"/> | Relaciones sexuales sin protección | <input type="checkbox"/> |
| Su relación con sus padres y familia | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> |
| Tipo de amigos que tiene | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Transmitidas Sexualmente | <input type="checkbox"/> |
| Auto-proyección o auto-estima | <input type="checkbox"/> | El embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Cambios exagerados de carácter o rebelión | <input type="checkbox"/> | Identidad Sexual (heterosexual, homosexual, bisexual) | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | <input type="checkbox"/> | El trabajo u ocupación | <input type="checkbox"/> |
| Mentir, robar, o vandalismo | <input type="checkbox"/> | Otra | _____ |
| Violencia/pandillas | <input type="checkbox"/> | | |
12. ¿Cuáles son los retos personales más difíciles para su adolescente? _____
13. ¿Qué lo enorgullece de su adolescente? _____
14. Hoy, ¿quisiera hablar sobre algo en especial? ¿Que? _____
15. ¿Nos permite mostrarle a su adolescente su respuesta a la Pregunta #13? Sí No