

Cuestionario de salud física para adolescentes

Por favor, actualice los cambios que se han producido en el último año.

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cambios en los medicamentos? Sí / No (Nuevos medicamentos prescritos desde su última visita, o cambios en la dosis. Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, vitaminas, laxantes y suplementos herbales.)

Nombre del medicamento:	Dosis:	¿Cómo las toma/con qué frecuencia?	¿Quién le recetó esto?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antecedentes médicos y quirúrgicos: (Por favor escriba la más reciente primero)

Cirugía	Año	Hospitalización	Año
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sus especialistas: (Por favor indique a los especialistas que ve en la actualidad o ha visto anteriormente)

Especialidad	Nombre	Especialidad	Nombre
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alergias? Sí / No Alergia: _____ Reacción: _____

Historial médico de la familia inmediata: (Tenga en cuenta las siguientes enfermedades: Cáncer, diabetes, presión arterial alta, problemas del corazón, accidente cerebro-vascular, convulsiones, trastornos de la tiroides, trastornos mentales, asma, osteoporosis, tuberculosis.)

Familia:	Edad: (si aún viven)	Fallecidos: (indicar la edad y la causa de fallecimiento)	Saludable o enfermedad(es) observada:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermano(a):	_____	_____	_____
Hermano(a):	_____	_____	_____
Hermano(a):	_____	_____	_____
Hermano(a):	_____	_____	_____

Historia social: Idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí / No Religión: _____

Grado escolar: _____ **Actualmente empleado:** Sí / No **Ocupación:** _____ **Horas de trabajo semanales:** _____

¿Es su trabajo/escuela libre de presión o estrés excesivo? Sí / No ¿Falta con frecuencia a la escuela/trabajo? Sí / No

Relaciones: Estado civil: Soltero Casado ¿Cómo es la relación con sus padres? _____

¿Cómo es la relación con sus hermanos? _____ ¿Es sexualmente activo? Sí / No

¿Da o recibe atención continua en el hogar? Sí / No ¿A quién o de quién? _____

Uso de tabaco: Sí / No / Anteriormente Tipo: _____ Paquetes/Día: _____ Años como fumador: _____ Año en el que dejó de fumar: _____

Alcohol: Sí / No / Anteriormente Tipo: _____ Número de bebidas: _____ Frecuencia: _____ Última bebida: _____

Drogas ilícitas: Sí / No / Anteriormente Tipo: _____ Año en el que comenzó a consumirlas: _____ Año en el que dejó de consumir: _____

Consumo de caféina: Sí / No (encierre en un círculo el tipo) Café / Té / Bebidas gaseosas / Bebidas energéticas / Chocolate
Consumo diario: _____

Estilo de vida: ¿Sigue usted una dieta específica? _____ ¿Hace ejercicio regularmente? Sí / No
Si es afirmativo, ¿qué tipo de ejercicio?: _____ Número de días por semana: _____ Horas diarias:

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor encierre en un círculo e indique si usted presenta cualquiera de las siguientes condiciones de forma recurrente. Responda todas las preguntas que correspondan.

General:

Fatiga
Fiebre
Escalofríos o sudores nocturnos
Aumento de peso
Pérdida de peso

Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta:

Dolor en los ojos o lesiones
Enrojecimiento o picazón en el ojo
Visión: Pérdida/borrosa/doble

Dolor del oído o secreción
Pérdida de la audición
Zumbido en los oídos/Tinnitus
Vértigo
Desmayos

Hemorragia nasal
Goteo nasal/estornudos/picazón
Presión sinusal

Sangrado de las encías
Dolor de garganta
Dolor al tragar

Cuello:

Rigidez o lesión
Glándulas agrandadas

Respiratorio:

Sibilancias
Dificultad para respirar
Resfriados frecuentes
Tos crónica o frecuente
Espanto hemoptoico
Asma
Alergias estacionales o ambientales

Cardiovascular:

Dolor en el pecho
Presión en el pecho
Soplo cardíaco
Palpitaciones/arritmia
Dificultad para respirar con el ejercicio
Dificultad para respirar al acostarse
Calambres o hinchazón en las piernas
Venas varicosas

Gastrointestinal:

Pérdida del apetito
Dolor abdominal o cólicos
Acidez estomacal o indigestión
Intolerancia a los alimentos grasos/picantes
Vómito de alimentos
Vómito de sangre
Estreñimiento
Diarrea
Náuseas
Dolor con las deposiciones
Sangre en las heces o heces de color negro
Hemorroides

Genitourinario:

Ardor o dolor al orinar
Sangre en la orina
Frecuencia o urgencia de la orina
Pérdida de orina al toser o estornudar
Disminución de la fuerza de la corriente
Micciones nocturnas:
de veces _____

Ginecología (sólo mujeres):

Secreción vaginal
Dolor con la menstruación
Dolor al tener relaciones sexuales
Edad a la que comenzó la menstruación:

¿Cuánto duran las menstruaciones?
_____ días
¿Las menstruaciones son regulares?
Sí / No
Edad en la menopausia: _____
Número de embarazos: _____
Número de abortos involuntarios: _____
Número de abortos: _____
Número de hijos: _____
¿Toma ácido fólico? Sí / No

Locomotor-musculo-esquelético:

Dolor en el cuello o la espalda
Dolor o inflamación de las articulaciones
Dolor muscular o debilidad
Dificultad para caminar
Problemas de balance
Dolor al caminar

Neuro-psiquiátrico:

Ataques/convulsiones
Temblores
Entumecimiento de las extremidades y/o hormigueo
Problemas con el equilibrio y la marcha
Problemas de la memoria
Dolores de cabeza o migrañas
Dificultad para dormir/insomnio
Ansiedad
Depresión
Pensamientos suicidas
Pérdida de interés
Alucinaciones

Hematológico:

Sangrado excesivo
Hematomas anormales
Cicatrización lenta después de cortes

Piel:

Infecciones frecuentes o furúnculos
Urticaria/eczema/sarpullido
Lunares que cambian
Cáncer en la piel:
Basocelular/células escamosas
Melanoma
Queloides
Alergias en la piel:
Látex o cinta adhesiva
Otro: _____

Endocrino:

Terapia hormonal
Bochornos
Intolerancia al calor o el frío
Sed excesiva
Cambio en el textura del pelo o piel

Reproducción masculina:

Disfunción eréctil
Dolor o masa testicular
Secreción del pene

Fecha

Firma del Padre

Firma del Proveedor

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Examen de evaluación de depresión (PHQ-A)

Durante las **últimas dos semanas**, ¿con qué frecuencia ha presentado cualquiera de los siguientes problemas?
 (Marque con un círculo el número que mejor describe cómo se ha sentido para indicar su respuesta)

	Ninguna vez	Varios días	Más de la mitad del tiempo	Casi todos los días
1. Se siente triste, deprimido, irritable o sin esperanza	0	1	2	3
2. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Falta de apetito, pérdida de peso o come de más	0	1	2	3
5. Se siente cansado o tiene poca energía	0	1	2	3
6. Se siente mal consigo mismo - o siente que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas como el trabajo escolar, la lectura, o ver televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas lo notan. O lo contrario - es tan inquieto o intranquilo y se mueve mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto, o de querer hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

1. En el **último año**, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si se sintió bien algunas veces?
Sí / No

2. ¿Ha habido algún momento en el **último mes** en el que ha tenido pensamientos serios sobre poner fin a su vida?
Sí / No

3. ¿**ALGUNA VEZ**, durante **TODA SU VIDA**, trató de suicidarse o tuvo un intento de suicidio?
Sí / No

4. Si marcó alguno de estos problemas, ¿qué tan **difícil** han hecho estos problemas que usted pueda realizar su trabajo, hacerse cargo de su casa, o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil
 Algo difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

***Si usted ha pensado que sería mejor estar muerto o ha querido hacerse daño de alguna manera, por favor hable con su proveedor de atención médica, vaya a una sala de emergencias de un hospital o llame al 911.*

Prueba de evaluación del consumo de alcohol

Por favor encierre en un círculo su respuesta. Las puntuaciones se encuentran junto a su respuesta. Suma total al final de la sección.

1. **¿Con qué frecuencia consume usted una bebida que contiene alcohol?**

(0.0) Nunca (0.5) Cada mes o menos (1.0) 2-4 veces al mes (1.5) 2-3 veces a la semana (2.0) 4 o más veces a la semana

2. **¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal cuando bebe?**

(0.0) 1 o 2 (0.5) 3 o 4 (1.0) 5 o 6 (1.5) 7 a 9 (2.0) 10 o más

3. **¿La gente lo molesta por criticar su forma de beber?**

(0.0) No (1.0) Sí

4. **¿Se ha sentido mal o culpable por beber?**

(0.0) No (1.0) Sí

5. ¿Alguna vez ha tomado una bebida alcohólica en la mañana para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

(0.0) No (1.0) Sí

Puntuación: _____ Una calificación de 2.5 o más indica un posible mal uso y la necesidad de una evaluación adicional. Por favor, llene el Formulario de auditoría de alcohol.