

Cuestionario pre-consulta: 15-17 años de edad

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas; marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar su salud, desarrollo y seguridad.

Salud en general

1	¿Te inquieta algo sobre tu salud el día de hoy?	NO	SÍ
2	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

3	¿Comes 5 o más porciones de fruta y verduras todos los días?	SÍ	NO
4	Cuando comes granos (cereal, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
5	¿Comes o bebes al menos entre 2 a 3 porciones de alimentos ricos en calcio al día (frijoles, verduras de hoja verde, leche, yogurt, queso, jugo de naranja fortificado con calcio, leche de soya, o cereal)?	SÍ	NO
6	¿Comes comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida más de 2-3 veces por semana?	NO	SÍ
7	¿Comes bocadillos más de 1 a 2 veces al día alimentos que no sean frutas y verduras?	NO	SÍ
8	¿Bebes soda, jugo u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana?	NO	SÍ
9	¿Comen en casa los alimentos reunidos en familia?	SÍ	NO
10	¿Alguna inquietud o pregunta sobre el tamaño o la forma de tu cuerpo?	NO	SÍ
11	Desde hace un año, ¿has tratado de controlar tu peso forzándote a vomitar, tomando píldoras de dieta, laxantes o pasando hambre?	NO	SÍ
12	¿Tomas alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ

Higiene bucal

13	¿Consultas al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO
----	---	----	----

Actividades

14	¿Juegas en algún deporte de manera competitiva?	NO	SÍ
15	¿Hay algún historial familiar de problemas cardíacos o muerte repentina?	NO	SÍ
16	¿Ves TV, video juegos, o pasas tiempo en la computadora / tableta / teléfono por más de 2 horas al día (sin incluir tiempo de pantalla para la tarea escolar)?	NO	SÍ

Questionario pre-consulta: **15-17 años de edad**

a. ¿Tienes una TV o computadora, o máquina para juegos en tu cuarto?	NO	SÍ
17 ¿Participas en alguna actividad física (con respiraciones fuertes) al menos por 1 hora al día?	SÍ	NO
18 ¿Tienes dificultad para conciliar el sueño u quedarse dormido por la noche?	NO	SÍ
19 ¿Estás durmiendo 8-10 horas por noche?	SÍ	NO
20 ¿Estás trabajando?	NO	SÍ
a. Si es así, ¿dónde trabaja?		
b. Si es así, ¿cuántas horas por semana?		

Escuela

21 ¿Estás teniendo problemas en la escuela o el trabajo?	NO	SÍ
22 ¿Has obtenido notas (calificaciones) más bajas que el año pasado?	NO	SÍ
23 ¿Tienes problemas para concentrarse?	NO	SÍ
24 ¿Te has metido en pleitos y peleas?	NO	SÍ
25 ¿Tienes problemas con la tarea escolar?	NO	SÍ
26 ¿Te suspendieron alguna vez el año pasado?	NO	SÍ
27 ¿Has faltado a la escuela más que algunos días durante el año pasado?	NO	SÍ
28 ¿Tienes un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	NO	SÍ

Prevención de lesiones

29 ¿Te pones siempre el cinturón de seguridad cuando viajas en auto?	SÍ	NO	
30 ¿Usas casco cuando juegas un deporte de equipo, patinaje en línea, patineta, bici, esquiar, patineta sobre nieve (snowboard), conducir una moto, 'ATV', minimoto, o motonieve?	SÍ	NO	
31 ¿Portas alguna vez un arma de fuego?	NO	SÍ	
32 ¿Hay un arma en la casa?	NO	SÍ	
a. ¿Si hay un arma, está encerrada en una caja fuerte, con las municiones almacenadas por separado?	SÍ	NO	NO APLICA
33 ¿Has empezado a aprender a conducir el auto, o ya lo conduces?	NO	SÍ	
a. ¿Has usado alguna vez el celular, texteo o usado audífonos mientras conducías el auto?	NO	SÍ	

Tuberculosis

34 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de tus familiares o contactos?	NO	SÍ
35 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de tus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ
36 ¿Naciste en un país de alto riesgo (que no son EE.UU., Canadá, Australia, o Europa occidental)?	NO	SÍ
37 ¿Has viajado a algún país de alto riesgo durante más de un mes?	NO	SÍ

Bienestar emocional

38 ¿Te sientes estresado de más, ansioso, de mal humor o demasiado preocupado?	NO	SÍ
39 ¿Su preocupación o nerviosismo hacen que sea difícil hacer bien en la escuela, en casa, o con sus otras actividades?	NO	SÍ
40 Cuando estás enojado(a), ¿haces cosas violentas?	NO	SÍ
41 ¿Has pensado seriamente alguna vez en lastimarte o en matarte, o en lastimar o matar a alguien más?	NO	SÍ
42 ¿Te llevas bien con tu familia, y acatas las reglas de la familia?	SÍ	NO
43 ¿Has experimentado intimidación (bullying) en las redes sociales (Facebook, Instagram, Snapchat, etc.)?	NO	SÍ
44 ¿Hay alguien en casa, en la escuela o con la que estás saliendo que te haga temer, amenazar o lastimarte?	NO	SÍ

Repaso de sistemas

45 ¿Tienes alguna inquietud sobre los hábitos para comer, pérdida de peso, o falta de energía?	NO	SÍ
46 ¿Tienes problemas para dormir, como ronquido excesivo?	NO	SÍ
47 ¿Tienes alguna inquietud respecto a los ojos o a la vista?	NO	SÍ
48 ¿Tienes alguna inquietud sobre infecciones recurrentes (frecuentes) de oído, garganta, o sangrado de nariz?	NO	SÍ
49 ¿Has tenido dolor de pecho, falta de aire, o ritmo cardiaco irregular?	NO	SÍ
50 ¿Tienes alguna inquietud sobre resfriados o tos frecuentes, silbido al respirar, infección pulmonar recurrente?	NO	SÍ
51 ¿Tienes alguna inquietud sobre dolor abdominal (estómago), vómito, diarrea, estreñimiento?	NO	SÍ
52 ¿Tienes alguna inquietud sobre infección de riñón, de vejiga, o sangre en la orina?	NO	SÍ
53 ¿Tienes alguna inquietud por la condición de tu piel, cabello o uñas?	NO	SÍ
54 ¿Tienes alguna inquietud sobre dolor, entumecimiento o inflamación de articulaciones, o debilidad muscular?	NO	SÍ

Questionario pre-consulta: **15-17 años de edad**

55 ¿Tienes alguna inquietud por dolores de cabeza, tics, debilidad, ataques?	NO	SÍ
56 ¿Has tenido sed excesiva o ha habido aumento de orina?	NO	SÍ
57 ¿Tiene alguna inquietud sobre amorata fácilmente la piel, glándulas hinchadas, palidez?	NO	SÍ
58 ¿Tienes alguna inquietud acerca de la pubertad?	NO	SÍ

Para hembras biológicas:

59 ¿Ya tuviste tu período?	SÍ	NO
60 ¿Tiene usted o la niña alguna pregunta sobre menstruación?	NO	SÍ
61 ¿Tienes tus períodos mensualmente (apartados 21 a 42 días)?	SÍ	NO
62 ¿Cuándo tuviste tu último período?		