



**Cuestionario sobre el Comportamiento para Adolescentes  
Adolescent Health Questionnaire**

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Su Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de la Visita: \_\_\_\_\_  
Your Name Your Date of Birth Date of Visit

**Por favor llene el cuestionario. Apreciaremos que responda honestamente para poder servirle mejor. Esta información es parte de su expediente médico confidencial. Será revelada solamente después de haber recibido una orden judicial de revelar su expediente.**

Please fill out this questionnaire. We will appreciate your honest answers, so we can serve you better. This information is part of your confidential medical record. It will be released only after a court order for your records is received.

**Por favor marque si el cuestionario fue completado por el proveedor de cuidado de salud recopilando la información obtenida directamente del adolescente durante la evaluación médica.**

Please check if questionnaire filled out by healthcare provider by directly collecting the information from the adolescent during the medical evaluation.

1. ¿Fuma usted cigarros?  Sí  No  
Do you smoke cigarettes?  Yes  No  
**Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarros al día?** \_\_\_\_\_  
If yes, how many cigarettes a day?
2. ¿Alguna vez ha probado bebidas alcohólicas?  Sí  No  
Have you ever tried alcoholic beverages?  Yes  No  
**Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de bebidas ha probado?** \_\_\_\_\_  
If yes, what kind have you tried?
3. ¿Toma actualmente bebidas alcohólicas?  Sí  No  
Are you currently drinking any alcoholic beverages?  Yes  No  
**Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de bebidas toma?** \_\_\_\_\_  
If yes, what kind are you drinking?  
**¿Cuántos días a la semana toma?** \_\_\_\_\_  
How many days a week do you drink?  
**¿Cuántas bebidas toma durante esos días?** \_\_\_\_\_  
How many drinks during those days?
4. ¿Alguna vez ha probado drogas?  Sí  No  
Have you ever tried drugs?  Yes  No  
**Si la respuesta es sí, ¿qué drogas ha probado?** \_\_\_\_\_  
If yes, which drugs have you tried?

Su Nombre: \_\_\_\_\_  
Your Name

Fecha de la Visita: \_\_\_\_\_  
Date of Visit

5. ¿Usa drogas actualmente?  Sí  No  
Are you currently using drugs?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿qué droga(s) está usando?** \_\_\_\_\_

If yes, what drug(s) are you using?

¿Qué tan a menudo? \_\_\_\_\_

How often?

6. ¿Alguna vez ha tenido **pensamientos** de hacerse daño a sí mismo?  Sí  No  
Have you ever had thoughts of hurting yourself?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue la última vez que tuvo esos pensamientos?** \_\_\_\_\_

If yes, when was the last time you had those thoughts?

¿Tenía un plan de cómo hacerse daño a sí mismo?  Sí  No

Did you have a plan of how to hurt yourself?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, por favor describa su plan.** \_\_\_\_\_

If yes, please describe your plan.

7. A. ¿Ha **tratado** alguna vez de hacerse daño a sí mismo?  Sí  No  
Have you ever tried to hurt yourself?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿cómo trató de hacerse daño a sí mismo?**

If yes, how did you try to hurt yourself?

\_\_\_\_\_

- B. ¿Cuántas veces ha tratado de hacerse daño a sí mismo? \_\_\_\_\_  
How many times have you tried to hurt yourself?

- C. ¿Ha recibido algún tratamiento o medicamentos debido a estos intentos?  Sí  No  
Have you received any treatment or medications for these attempts?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿qué medicamentos?** \_\_\_\_\_

If yes, what medications?

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

For how long?

¿Todavía está tomando los medicamentos?  Sí  No

Are you still taking the medications?  Yes  No

- D. ¿Alguna vez ha sido internado en el hospital debido a estos intentos?  Sí  No  
Have you ever been admitted to a hospital for these attempts?  Yes  No

8. ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales por su propia voluntad?  Sí  No  
Have you ever willingly had sex?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales?** \_\_\_\_\_

If yes, how many different partners have you had sex with?

¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

When was the last time you had sex?

Su Nombre: \_\_\_\_\_  
Your Name

Fecha de la Visita: \_\_\_\_\_  
Date of Visit

9. ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales sin usar un condón?  Sí  No

Have you ever had sex without a condom?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales sin usar condones?** \_\_\_\_\_

If yes, how many partners have you had sex with and not used condoms?

10. **Para mujeres solamente:**

For females only:

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? \_\_\_\_\_

How old were you when you had your first period?

¿Cuál fue la fecha de su último período? \_\_\_\_\_

What is the date of your last period?

¿Alguna vez ha usado algún tipo de anticonceptivo recetado por un doctor?  Sí  No

Have you ever used birth control that was prescribed by a doctor?  Yes  No

**Si la respuesta es sí, ¿qué tipo?** \_\_\_\_\_

If yes, what kind?

Revisado por: \_\_\_\_\_  
Reviewed by

**Proveedor Médico**  
Healthcare Provider

Fecha: \_\_\_\_\_  
Date