

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 the questionnaire is 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?
Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarros al día? _____
If yes, how many cigarettes in a day?
2. **¿Usa usted vape?** Sí No
Do you vape?
Si la respuesta es sí, ¿cuantas veces al día? _____
If yes, how often a day?
3. **¿Alguna vez has probado el alcohol?** Sí No
Have you ever tried alcohol?
Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de bebidas ha probado? _____
If yes, what kind have you tried?
4. **¿Actualmente estás bebiendo alcohol?** Sí No
Are you currently drinking any alcohol?
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?
5. **¿Alguna vez ha probado drogas?** Sí No
Have you ever tried drugs?
Si la respuesta es sí, ¿qué drogas ha probado? _____
If yes, which drugs have you tried?
6. **¿Actualmente está usando drogas o has usado drogas en los últimos 12 meses?** Sí No
Are you currently using drugs or have used drugs in the past 12 months?
Si la respuesta es sí, ¿qué droga(s) está usando? _____
If yes, what drug(s) are you using?
¿Qué tan a menudo? _____
How often?

Su Nombre: _____ Fecha de la Visita: _____

7. ¿Alguna vez has huído de tu casa o has sido "echado" de tu casa? Sí No

Have you ever run away from home or been "kicked out" of your home?

8. ¿Alguna vez ha tenido **pensamientos de hacerse daño a sí mismo**? Sí No

Have you ever had **thoughts** of hurting yourself?

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?

Si la respuesta es sí, por favor describa su plan (If yes, please describe your plan) _____

9. ¿Ha **tratado** alguna vez de hacerse daño a sí mismo? Sí No

Have you ever **tried** to hurt yourself?

Si la respuesta es sí, ¿cómo trató de hacerse daño a sí mismo? (If yes, how did you try to hurt yourself?) _____

¿Cuántas veces ha tratado de hacerse daño a sí mismo? (How many times have you tried to hurt yourself?) _____

¿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?

¿Ha recibido algún tratamiento o medicamentos? Sí No

Have you received any treatment or medications?

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?

10. ¿Alguna vez has tenido problemas con la policía? Sí No

Have you ever had problems with the police?

11. ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales por su propia voluntad? Sí No

Have you ever willingly had sex?

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?

¿Tus parejas han sido hombres, mujeres o ambos? _____

Were the partners male, female, or both?

12. ¿Alguna vez alguien te ha pedido que poses de una manera sexy para una foto o un video? Sí No

Has anyone ever asked you to pose in a sexy way for a photo or video?

Si te preguntaron, ¿lo hiciste? Sí No

If asked, did you have to actually do it?

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

Have you ever had sex without a condom?

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?

14. **¿Alguna vez has tenido alguna infección de transmisión sexual, como herpes, gonorrea, clamidia o tricomonas?** Si No

Have you ever had any sexually transmitted infections, like herpes, gonorrhea, chlamydia or trichomonas?

15. **¿Alguna vez tu novio o novia o tu pareja te ha lastimado físicamente o amenazado con lastimarte (golpearte, empujarte, patearte, asfixiarte, quemarte o algo más) ?** Si No

Has a boyfriend or girlfriend in a dating or serious relationship ever physically hurt you or threatened to hurt you (hit, pushed, kicked, choked, burned or something else)?

16. **¿Alguna vez tu novio o novia o tu pareja te ha pedido o forzado a tener relaciones sexuales con otra persona (por ejemplo, un chico le pidió a su novia que tuviera relaciones sexuales con otro chico)?** Si No

Has your boyfriend, or girlfriend or anyone else ever asked you, or forced you to have sex with another person (for example, a boy asked his girlfriend to have sex with another boy)?

Si te preguntaron, ¿lo hiciste? Si No

If asked, did you have to actually do it?

17. **¿Alguna vez has tenido sexo a cambio de dinero, drogas, un lugar donde quedarte, un teléfono celular o alguna otra cosa?** Si No

Have you ever traded sex for money, drugs, a place to stay, a cell phone, or something else?

18. **¿Alguna vez alguien te has pedido o te has forzado a hacer algún acto sexual en público, como bailar en un bar o en un club de striptease?** Si No

Has anyone ever asked or forced you to do some sexual act in public, like dance at a bar or a strip club?

Si te preguntaron, ¿lo hiciste? Si No

If asked, did you have to actually do it?

19. **¿Hay algo más que quieras discutir con el médico?**

Is there anything else that you would like to discuss with the doctor?

-----**Para mujeres solamente** (for females only)-----

20. **Qué edad tenía cuando tuvo su primer período?** _____ **¿Cuál fue la fecha de su último período?** _____

How old were you when you had your first period?

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?

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? (If yes, what kind?) _____

Revisado por: _____ **Fecha:** _____

Reviewed By

Proveedor Médico

Date

Healthcare Provider