



**Cuestionario Médico Edades
de 13 en adelante
Medical Questionnaire
Ages 13 and Above**

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teenager Name

Date of birth

Cuestionario llenado por: _____

Questionnaire filled out by

Relación con el adolescente: _____

Relationship to child

Fecha de la visita: _____

Date of visit

1. *¿Ha sido su adolescente diagnosticado con cualquiera de estas enfermedades o condiciones médicas? (marque todas las que correspondan)*

Has your teenager been diagnosed with any of these illnesses or medical conditions? *(Check all that apply)*

Anemia (Anemia)

Asma (Asthma)

Enfermedad de Déficit de Atención con/Hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)
(Attention Deficit Disorder w/Hyperactivity (ADHD))

Diabetes (Diabetes)

Soplo en el Corazón (Head injury)

Lesión en la Cabeza (Heart murmur)

Alergias nasales/sinusitis (Nasal allergies/sinusitis)

Enfermedades psiquiátricas o mentales (Psychiatric or mental illness)

Convulsiones (Seizures)

Infección de orina/vejiga (Urine/bladder infection)

Otra especifique (Other specify) _____

Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.

My teenager does not have any of these illnesses.

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teenager Name Date of birth

2. ¿Ha sido su adolescente alguna vez internado en el hospital? Sí No
Has your teenager ever been admitted to a hospital? Yes No

Si su respuesta es sí,

If yes,

- a. ¿Por qué fue internado? _____
What was the admission for?
- b. ¿Qué edad tenía su hijo? _____
How old was your child?
- c. Nombre del hospital y de la ciudad _____
Name of hospital and city

3. ¿Ha tenido su adolescente alguna cirugía? Sí No
Has your teenager ever had any surgeries? Yes No

Si su respuesta es sí,

If yes,

- a. ¿Para qué fue la cirugía? _____
What was the surgery for?
- b. ¿Qué edad tenía su hijo? _____
How old was your child?
- c. Nombre del hospital y de la ciudad _____
Name of hospital and city

4. ¿Tiene su adolescente alguna alergia a algún alimento o medicamento? Sí No
Does your teenager have any allergies to food or medications? Yes No

Si su respuesta es sí, por favor haga una lista

If yes, please list

5. ¿Están las vacunas de su adolescente al corriente? Sí No
Are your teenager's immunizations up to date? Yes No

Si su respuesta es no, ¿cuáles están pendientes _____

If no, which are pending?

6. Por favor marque todo lo que corresponda a la salud de su adolescente en este momento:
Please check all that apply to your teenager's health at this time:

- Falta de energía (Loss of energy)
- Pérdida de peso (Weight loss)
- Aumento de peso (Weight gain)
- Las encías sangran con facilidad (Gums bleed easily)
- Sangra por largo tiempo después de una cortada (Bleeds for a long time after a cut)
- Dificultad para oír (Difficulty hearing)

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teenager Name _____ Date of birth _____

- Dientes descoloridos y se rompen fácilmente* (Teeth are discolored and break easily)
- Urticaria* (Hives)
- Eczema* (Eczema)
- Dolores musculares* (Muscle aches)
- Dolor o hinchazón en las articulaciones* (Joint pain or swelling)
- Problemas con la vista* (Trouble with eyesight)
- Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.***
My teenager does not have any of these problems

7. *¿Está tomando su adolescente alguna medicina o vitaminas en este momento?* Sí No

Is your teenager taking any medications or vitamins now? Yes No

Si su respuesta es sí, ¿cuáles está tomando? _____

If yes, what is he/she taking?

¿Para qué enfermedad/condición las está tomando?

What illness/condition is he/she taking this for?

¿Ha usado su adolescente alguna vez anticonceptivos que han sido recetados por un doctor? Sí No

Has your teenager ever used birth control that was prescribed by a doctor? Yes No

Si su respuesta es sí, ¿qué tipo? _____ ***Por cuánto tiempo?*** _____

If yes, what kind?

For how long?

8. *¿Quién es el doctor de su adolescente?* _____

Who is your teenager's doctor?

¿En qué pueblo/ciudad tiene el doctor su consultorio? _____

In what town/city does the doctor have his/her practice?

Antecedentes Médicos Familiares

Family Medical History

¿Alguno de los hermanos (as), padres o abuelos de su adolescente sufre de cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (marque todas las que correspondan e identifique al miembro de la familia afectado por cada enfermedad)

Do any of your teenager's siblings, parents or grandparents suffer any of the following medical conditions? (Check all that apply and identify the family member affected by each illness)

- Anemia* (Anemia) _____
- Asma* (Asthma) _____
- Retraso al hablar, moverse, o entender cosas* (Delay in talking, moving around or understanding things)

- Diabetes* (Diabetes) _____

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teenager Name Date of birth

- Adicción a Drogas/Alcohol (Drug/alcohol addiction) _____
- Ha tenido muchos huesos rotos (Had a lot of broken bones) _____
- Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos, agrietados (Had a lot of discolored, broken or chipped teeth) _____
- Enfermedad del Corazón (Heart disease) _____
- VIH/SIDA (HIV/AIDS) _____
- Pérdida auditiva (Loss of hearing) _____
- Retraso Mental (Mental retardation) _____
- Alergias Nasales (Nasal allergies) _____
- Hemorragias nasales; se hace moretones con facilidad (Nosebleeds; bruises easily) _____
- Enfermedades Psiquiátricas o Mentales (Psychiatric or mental illness) _____
- Convulsiones (Seizures) _____
- ¿Alguien fuma en su casa? _____
(Does anyone in your household smoke?)
- Otra (por favor anótela) _____
(Other) (please list)
- Nadie en mi familia tiene estas enfermedades**
No one in my family has any of these illnesses

Asistencia Escolar:

School Attendance:

a. Por favor proporcione el nombre y lugar de la escuela a la que asiste su adolescente:

Please give the name and location of the school your teenager attends:

b. ¿En qué grado está su adolescente? _____
Which grade is your teenager in?

c. ¿Cómo va su adolescente en la escuela?

How is your teenager doing in school?

Excelente
(Excellent)

Bien
(Good)

Promedio
(Average)

Reprobando
(Failing)

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teenager Name Date of birth

d. Si su adolescente está reprobando en la escuela, ¿cuál es el problema?
If your teenager is failing at school, what is the problem?

Antecedentes Sociales

Social History

a. Por favor haga una lista de todos los adultos y niños que actualmente viven en la misma casa que su adolescente y su relación con su adolescente:
Please list all adults and children currently living in same home as your teenager and their relationship to your teenager

b. ¿Ha estado involucrada su familia previamente con el Departamento de Servicios Sociales? Sí No
Has your family had any previous involvement with DSS? Yes No

Si su respuesta es sí, por favor anote el año y la razón del involucramiento:

If yes, please list the year and reason for involvement:

c. ¿Ha habido violencia doméstica en su hogar? Sí No
Has your child ever been around domestic violence? Yes No

Comentarios Adicionales del Proveedor Médico:

Additional Comments by Medical Provider:

Questionario revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____
Questionnaire reviewed by: **Proveedor Médico** Review Date:
Medical Provider