

## CUESTIONARIO “MANTENTE SALUDABLE” Adolescentes de 12 a 17 años

### Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

*If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number*

Nombre y apellido del paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo <small>Hombre    Mujer</small>	Fecha	<i>For Clinical Use</i>	
Nombre de la persona que llena el cuestionario <small>(Si es diferente al paciente)</small>	Parentesco con el adolescente <small>Padre/Madre    Tutor legal    Otro</small> <small>Pariente                    Amigo</small>		<b>Assistance needed:</b> <b>Reading:</b> Yes            No <b>Interpreter:</b> Yes            No		
<b><i>El equipo médico y tú pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor, contesta estas preguntas lo mejor que puedas. Si no sabes la respuesta o no deseas contestar, puedes marcar (✓) “omita”. Puedes hablar con tu proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Tus respuestas serán confidenciales y serán parte de tu expediente médico.</i></b>				Annual Review Date/Initials	
<b><i>Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practicar deportes?</i></b>			Sí	No	Omita
			Sí	No	Omita
			Sí	No	Omita
			No	Sí	Omita
			Sí	No	Omita
			Sí	No	Omita
			No	Sí	Omita
			Sí	No	Omita
			No	Sí	Omita
			No	Sí	Omita
			No	Sí	Omita
			Sí	No	Omita
			Sí	No	Omita
			No	Sí	Omita
			No	Sí	Omita
			No	Sí	Omita
			No	Sí	Omita

*For Clinical Use*

**Intervention Codes: C: Counseling    EM: Educational Materials    R: Referral    F: Follow-up Needed    SPN: See Progress Notes**

<b>Tus respuestas a las preguntas sobre el sexo y la planificación familiar no se compartirán ni siquiera con tus padres. Si deseas que ellos se enteren, debes firmar un permiso. (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)</b>		<i>For Clinical Use</i>		
		<b>Interventions Code/Date/Initials</b>		
<b>Alguna vez: (Do You Ever:)</b>				
16.	¿Has fumado alguna vez cigarrillos o puros, o masticado tabaco? <i>(Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
17.	¿Has tomado alcohol como cerveza, vino, <i>wine coolers</i> or licor? <i>(Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	¿Has manejado un carro después de haber tomado bebidas alcohólicas, o estuviste en uno manejado por alguien que ha estado tomando? <i>(Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿Has usado drogas como la marihuana, cocaína, <i>crack, crank?</i> <i>(Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
20.	<b>¿Has tenido relaciones sexuales? (Have, you ever had sex?)</b> <i>Si la respuesta es sí, continúa con las siguientes preguntas. Si la respuesta es no, Pasa a la pregunta 26: (If "yes," continue to next question. If "no," go to question 26.)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	¿Crees que tú podrías, o que tu pareja podría, estar embarazada? <i>(Do you think you or your partner could be pregnant?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
22.	¿Has tenido relaciones sexuales en el último año, sin usar algún método anticonceptivo? <i>(Have you had sex without using birth control in the last year?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
23.	¿Crees que tú podrías, o que tu pareja, podría tener una enfermedad transmitida sexualmente? <i>(Do you think you or your Partner could have a sexually transmitted disease?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
24.	¿En el último año, tú o tu pareja han tenido relaciones sexuales con otras personas? <i>(Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
25.	¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usaste un condón con tu pareja? <i>(Have you or your partner use a condom the last time you had sex?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
26.	<b>Alguna vez: (Have you:)</b>			
	¿Te han forzado, o presionado, a tener relaciones sexuales? <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
27.	¿Te han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? <i>(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)</i>			
28.	¿Has llevado contigo una pistola, cuchillo, macana u otra arma? <i>(Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)</i>			
29.	<b>¿Tienes alguna pregunta o preocupación relacionada con tu salud?</b> <i>(Do you have other questions or concerns about your health?)</i> <i>(Por favor escríbela) (Please identify)</i> _____			

*For Clinical Use*

**Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes**

**Declaración sobre la Privacidad**

La Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad (5 USC 552a, Subdivisión E (3)) exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.