

Reprinted and adapted with permission from Memee K. Chun, M.D.

## ENCUESTA CONFIDENCIAL SOBRE LA SALUD

(Para ser completada por el adolescente)

### CONFIDENTIAL HEALTH SURVEY

(To Be Filled in by Teenager)

**Instrucciones:** Completar este formulario es voluntario. Esta encuesta nos ayudará a conocerle mejor. Favor de responder a las siguientes preguntas y no dude en preguntar a un miembro del personal sobre cualquier tema que pueda resultar confuso.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
---------------------	---------------------	--------------

¿Cómo le gusta que le llamen (sobrenombre/apodo)?

¿Para qué acudió a la clínica hoy?

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría usted su salud en general? Pésima  1  2  3  4  5  6  7  8  9  
 10 Excelente

Muchos adolescentes y adultos jóvenes tienen preocupaciones sobre los temas siguientes. Marque cualquier casilla(s) que corresponda a su caso.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir                   | <input type="checkbox"/> Privacidad   |
| <input type="checkbox"/> Sentir cansancio durante el día            | <input type="checkbox"/> Amigos   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                          | <input type="checkbox"/> No amigos  |
| <input type="checkbox"/> Dolores estomacales                        | <input type="checkbox"/> Hermanos o hermanas  |
| <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos                          | <input type="checkbox"/> Padres o familia   |
| <input type="checkbox"/> Estatura o peso                            | <input type="checkbox"/> Grados o escuela   |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares o de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sueños recurrentes o pesadillas  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la visión o audición          | <input type="checkbox"/> Temor a un embarazo no planeado o a enfermedades de transmisión sexual (STDs por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la piel (acné, erupciones)    | <input type="checkbox"/> Control del temperamento   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de oído                            | <input type="checkbox"/> No tener nada que hacer  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de garganta                        | <input type="checkbox"/> Su futuro  |
| <input type="checkbox"/> Tos o dificultad para respirar             | <input type="checkbox"/> Se siente triste o deprimido   |
| <input type="checkbox"/> Vómitos                                    | <input type="checkbox"/> Un lugar para vivir  |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                                    | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia que beben alcohol en exceso   |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar                            | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas  |
| <input type="checkbox"/> Alergias                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros, describa _____                      |   |

Marque todas las casillas con los temas sobre los cuales le gustaría saber más.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menstruación                              | <input type="checkbox"/> SIDA* o exposición al VIH**          | <input type="checkbox"/> Su desarrollo sexual  |
| <input type="checkbox"/> Embarazo o tener hijos                    | <input type="checkbox"/> Cambios en el cuerpo de adolescentes | <input type="checkbox"/> Masturbación          |
| <input type="checkbox"/> Métodos anticonceptivos                   | <input type="checkbox"/> Formas de manejar el estrés          | <input type="checkbox"/> Drogas o alcohol      |
| <input type="checkbox"/> Salir en citas                            | <input type="checkbox"/> Abuso o agresión sexual              | <input type="checkbox"/> Cáncer                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (STDs) | <input type="checkbox"/> Abuso físico                         | <input type="checkbox"/> La muerte o la agonía |
| <input type="checkbox"/> Otros, describa _____                     |   |  |

Ahora piense en estos patrones de estilos de vida que pueden afectar su salud. ¿Hay alguno que desee cambiar? Si su respuesta es afirmativa, marque las casillas correspondientes.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrición o dieta        | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas  |
| <input type="checkbox"/> Ejercicios               | <input type="checkbox"/> Tener buena relación con la familia                                  |
| <input type="checkbox"/> Fumar o masticar tabaco  | <input type="checkbox"/> Sexualidad   |
| <input type="checkbox"/> Dormir                   | <input type="checkbox"/> Encontrar un trabajo   |
| <input type="checkbox"/> Su respuesta al estrés   | <input type="checkbox"/> Comunicación con los padres y los demás                              |
| <input type="checkbox"/> Rendimiento escolar      | <input type="checkbox"/> Uso del cinturón de seguridad, cascos para bicicletas o motocicletas |
| <input type="checkbox"/> Hacer y conservar amigos |   |

\* SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

\*\* VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana.