

## 17-21 Year Well Child Exam Form - FEMALE

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene usted alguna duda o pregunta sobre su salud que desee resolver el día de hoy?

---

---

---

¿Cuál es su estado de salud? **Bueno** **Regular** **Malo**

¿Ha visitado la sala de emergencias en los últimos 12 meses? **Sí** **No**

De ser así, indique la razón: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento en el hospital en los últimos 12 meses? **Sí** **No**

De ser así, indique la razón: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido reacciones a alguna vacuna o inmunización? **Sí** **No**

¿Ha visitado a un dentista en los últimos 6 meses? **Sí** **No**

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? \_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día utiliza hilo dental? \_\_\_\_

### CASA y FAMILIA

¿Con quién vive usted? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hermanos(as) tiene? \_\_\_\_\_

¿En qué tipo de vivienda reside? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? \_\_\_\_\_

¿Comparte el dormitorio? **Sí** **No** ¿Alguna persona en la casa fuma? **Sí** **No**

¿Su padre forma parte de su vida? **Sí** **No**

¿Cómo es su relación con sus hermanos(as)? **Buena** **Regular** **Mala** **N/A; soy hijo único**

¿Hay algún antecedente de abuso? **Sí** **No** ¿Hay algún antecedente de abandono? **Sí** **No**

¿Hay algún antecedente de descuido o negligencia? **Sí** **No**

¿Alguna persona en la casa consume drogas? **Sí** **No** ¿Hay algún antecedente de violencia doméstica? **Sí** **No**

¿Ha recibido visitas de la agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) en su casa? **Sí** **No** De ser así, ¿el caso con CPS continúa abierto? **Sí** **No**

¿Su hijo ha estado alguna vez bajo cuidado tutelar? **Sí** **No** De ser así, ¿en cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Se siente usted estresado? **Sí** **No**

¿Tiene mascotas en la casa? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

## 17-21 Year Well Child Exam Form - FEMALE

### CONSUMO DE SUSTANCIAS

Encierre en un círculo la respuesta que lo describa:

- **Mis padres o tutores fuman en casa**
- **Mis amigos fuman**
- **Nadie fuma cerca de mí**

¿Usted ha fumado alguna vez? **Sí** **No**

De ser así, elija la respuesta que mejor lo describa:

**Lo probé anteriormente**      **Solía fumar, pero dejé de hacerlo**      **Fumo en algunas ocasiones**  
**Fumo con frecuencia**      **Fumo todos los días**      **¿Cuántas cajetillas al día?**

\_\_\_\_\_

Encierre en un círculo la respuesta que lo describa:

- **Ni mis padres o tutores ni mis amigos beben alcohol**
- **Mis padres o tutores beben alcohol en algunas ocasiones**
- **Mis padres o tutores beben alcohol con regularidad**
- **Mis padres o tutores se emborrachan a menudo**
- **Mis amigos beben alcohol**

¿Usted bebe alcohol? **Sí** **No**

De ser así, ¿qué bebe? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo la respuesta que lo describa:

- **Nadie fuma marihuana cerca de mí**
- **Mis padres o tutores fuman marihuana**
- **Mis amigos fuman marihuana**
- **Conozco a otras personas que fuman marihuana**

¿Usted ha fumado marihuana alguna vez? **Sí** **No**

De ser así, elija la respuesta que mejor lo describa:

**La probé anteriormente**      **La fumo en ocasiones, cuando mis amigos**  
**tienen**      **La fumo con regularidad**  
**La fumo en ocasiones, cuando puedo comprarla**      **La vendo**  
**La fumo todos los días**

¿Ha consumido usted otras drogas? **Sí** **No**

De ser así, elija la respuesta que mejor lo describa:

**Las probé anteriormente**      **Las consumo en ocasiones, cuando mis amigos**  
**tienen**      **Las consumo en ocasiones, cuando puedo**  
**comprarlas**      **Las consumo con regularidad**  
**Las consumo todos los días**      **Las vendo**

¿Qué droga consume? \_\_\_\_\_

## 17-21 Year Well Child Exam Form - FEMALE

### SEXUALIDAD

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? **Sí No**

### ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA MUJER

Anote la fecha de su última regla: \_\_\_\_\_

**Marque *si nunca ha tenido la regla***

*y pase a la sección de Salud en general.*

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera regla? \_\_\_\_\_

¿Sus periodos son **regulares** o **irregulares**? (encierre en un círculo su respuesta)

¿Cuántos días transcurren entre sus periodos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días duran sus periodos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas toallas sanitarias o tampones utiliza al día cuando tiene su regla? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema menstrual? **Sí No** ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Qué utiliza? **Tampones Toallas sanitarias Ambos** ¿Utiliza duchas vaginales? **Sí No**

¿Alguna vez se ha embarazado? **Sí No** De ser así, ¿en cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Dio a luz? **Sí No**

**Si la respuesta es negativa**, ¿qué sucedió? \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

### SALUD EN GENERAL

¿Consume alimentos de los cuatro grupos, incluidas frutas y verduras? **Sí No**

¿Qué tipo de leche consume? **Entera Al 2% Al 1% Sin grasa Deslactosada De soya**

¿Qué más bebe y cuántos vasos al día? \_\_\_\_\_ **Vasos de jugo** \_\_\_\_\_ **Vasos de agua** \_\_\_\_\_ **Vasos de refresco** \_\_\_\_\_ **Vasos de té** \_\_\_\_\_ **Tazas de café** \_\_\_\_\_ **Latas de bebidas energéticas**

¿Tiene problemas para ir al baño? (para defecar o para orinar) **Sí No**

¿Cuántas horas duerme por la noche? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio? **Sí No** ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte? **Sí No** ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿En qué clubes o actividades participa en la escuela o después de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día hace lo siguiente?

Ver TV: \_\_\_\_\_

Usar la computadora: \_\_\_\_\_

Jugar videojuegos: \_\_\_\_\_

¿Considera que tiene muchos o pocos amigos? \_\_\_\_\_

¿Considera que tiene la autoestima alta o baja? \_\_\_\_\_



## 17-21 Year Well Child Exam Form - FEMALE

### Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis:

1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? **SI NO No sé**  
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? **SI NO No sé**  
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre
- a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas? **SI NO No sé**
- b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis? **SI NO No sé**
- c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora? **SI NO No sé**
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? **SI NO No sé**  
¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)? \_\_\_\_\_
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? **SI NO No sé**  
¿Qué país o países visitó su niño(a)? \_\_\_\_\_
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:
- Usa jeringuillas para usar droga? Tiene VIH? **SI NO No sé**
- Ha estado en la cárcel? **SI NO No sé**
- Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país? **SI NO No sé**

## 17-21 Year Well Child Exam Form - FEMALE

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 <span style="float: right;">72883</span>				
(US Spanish version of the PHQ)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
<b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b> _____ + _____ + _____ + _____ <b>■Total Score: _____</b>				
<p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <p style="text-align: center;"> <b>Para nada difícil</b>                      <b>Un poco difícil</b>                      <b>Muy difícil</b>                      <b>Extremadamente difícil</b>  <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/> </p>				
<small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPH005.PHQSP</small>				
<b>Confirmando que la información en este formulario es correcta.</b>	Iniciales del paciente:		Fecha:	