

17-21 Year Well Child Exam Form - MALE

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 - MALE

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 con frecuencia **Fumo todos los días**

Fumo en algunas ocasiones

¿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
tienen

La fumo en ocasiones, cuando puedo comprarla

La fumo todos los días

La fumo en ocasiones, cuando mis amigos

La fumo con regularidad

La vendo

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

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

Las probé anteriormente
tienen

comprarlas

Las consumo todos los días

¿Qué droga consume? _____

Las consumo en ocasiones, cuando mis amigos

Las consumo en ocasiones, cuando puedo

Las consumo con regularidad

Las vendo

17-21 Year Well Child Exam Form - MALE

SEXUALIDAD

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

SALUD EN GENERAL

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

¿Qué tipo de leche consumes? **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? _____

ESCUELA

¿Cómo son sus calificaciones? **Excelentes Buenas Regulares Malas**

¿A sus maestros les preocupan sus calificaciones? **Sí No** De ser así, ¿en qué materias? _____

¿Cuáles son sus objetivos profesionales para el futuro? _____

AUDICIÓN

¿Tiene problemas para escuchar por teléfono? **Sí No**

¿Tiene problemas para seguir una conversación cuando 2 o más personas hablan al mismo tiempo? **Sí No**

¿Tiene problemas para escuchar cuando hay mucho ruido? **Sí No**

¿Se percata que pide a la gente que repita lo que acaba de decir? **Sí No**

¿No comprende lo que la gente dice y responde de manera inadecuada? **Sí No**

VISTA

¿Le cuesta trabajo ver bien el pizarrón? **Sí No**

¿Alguna vez no ha pasado un examen de la vista en la escuela? **Sí No**

¿Se acerca los libros a los ojos para leer? **Sí No**

¿Tiene problemas para reconocer las caras a distancia? **Sí No**

¿Tiende a entrecerrar los ojos para enfocar? **Sí No**

17-21 Year Well Child Exam Form - MALE

SEGURIDAD GENERAL

¿Utiliza el cinturón de seguridad al ir en un auto o camioneta? **Sí No**

¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?

Detector de humo	Sí	No
Detector de monóxido de carbono	Sí	No
Extintor	Sí	No

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Su hijo tiene antecedentes familiares de...?

Enfermedades cardiacas	Sí	No
Colesterol alto	Sí	No
Sobrepeso u obesidad	Sí	No

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis:

- ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? **SI NO No sé**
 Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___
- ¿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) ___/___/___
- 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
 - ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas? **SI NO No sé**
 - ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis? **SI NO No sé**
 - ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora? **SI NO No sé**
- ¿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)? _____
- ¿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)? _____
- ¿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 - MALE

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 72883				
(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. Sintiendo 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. Sintiendo cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiendo 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
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ *Total Score: _____				
<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;"> Para nada difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil <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>				
Confirmando que la información en este formulario es correcta.	Iniciales del paciente:		Fecha:	