

Nombre _____ Nombre preferido _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
 Número de identificación de estudiante _____
 Sexo con el que naciste como: Masculino Femenino Identidad de género: Masculino Femenino
 Otro _____ Pronombres preferidos _____ Escuela _____ Grado _____

SALUD PERSONAL

- ¿Tienes alergias a lo siguiente? Medicamentos Alimentos Otro _____ Sin alergias
 En caso afirmativo, ¿a qué eres alérgico/a? _____ ¿Qué tipo de reacción? _____
- ¿Estás tomando algún medicamento ahora? Sí, nombre(s) _____ No
- ¿A qué clínica/hospital vas? _____
- ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital? Sí, motivo _____ No
- ¿Alguna vez has tenido una operación? Sí, motivo _____ fecha si se sabe _____ No
- ¿Cuándo fue tu última visita al dentista? _____ Nombre de la clínica dental _____
- ¿Usas cinturón de seguridad? Sí No
- ¿Llevas casco cuando andas en bicicleta, motocicleta, scooter o monopatín? Sí No No uso ninguno de esos

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

- ¿Con quién vives? _____
- ¿Cuántos hermanos (biológicos, hermanastros, medio hermanos, adoptados)? _____ ¿Cuántas hermanas (biológicas, hermanastras, medio hermanas, adoptadas)? _____
- Nombre otros miembros de la familia que no viven contigo que son muy importantes para ti _____
- ¿Cómo están las cosas en casa? (Excelente) 5 4 3 2 1 (Nada excelente)
- Marca cualquiera de estos problemas de salud que te afecte a ti o a tu familia (hermanos, hermanas, padres, abuelos, tías, tíos)

<input type="checkbox"/> Problemas de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Rasgo de células falciformes	
<input type="checkbox"/> Ataque cerebral	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad grave _____		
- ¿Qué más debemos saber sobre tu salud o la salud de tu familia? _____

- ¿Es la escuela un lugar positivo para ti? Sí No ¿Por qué sí o por qué no? _____
- ¿Cómo son tus calificaciones? A ___ B ___ C ___ D ___ F ___
- ¿Has tenido pruebas por una discapacidad de aprendizaje o has estado en educación especial? Sí No
 ¿Tienes un IEP? Sí No
- ¿Con qué frecuencia te ausentas de la escuela? A menudo, # de días _____ Rara vez
- ¿Tienes trabajo? Sí, ¿dónde? _____ horas/semana _____ No
- ¿Alguna vez te han suspendido de la escuela? Sí, ¿por qué? _____ No

- ¿Qué tan bien te gustas a ti mismo/a? Mucho Bastante Algo Poco Nada
- ¿Tienes un mejor amigo/a o un grupo de amigos? Sí No
- ¿En quién confías o con quién hablas cuando las cosas no van bien? Sí _____ No
- ¿Te preocupa cómo te llevas con su familia, amigos u otras personas? Sí _____ No

25. ¿Participas en actividades culturales, grupos, actividades comunitarias, actividades de voluntariado, grupos religiosos/espirituales, deportes o cualquier otra cosa? Sí, ¿en qué? _____
 No

- ¿Cuál de las siguientes comidas/meriendas comes?
 Desayuno Refrigerio de la mañana Almuerzo Refrigerio de la tarde Cena Refrigerio de la noche
 ¿Alguna dieta especial? Sí, tipo _____ No
 ¿Te preocupa la alimentación, la dieta o el peso? Sí _____ No
- ¿Eres consciente de tu cuerpo? Sí _____ No
- ¿Haces ejercicio? Todos los días Algunas veces Nunca

29. ¿Tienes problemas con el sueño? Sí _____ No

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

30. ¿Poco interés o poco placer en hacer las cosas?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

31. ¿Te sientes decaído/a, deprimido/a o sin esperanza?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

32. ¿Te sientes estresado/a, nervioso, ansioso o bajo mucha presión?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

33. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte o tratado de hacerlo? Sí No

34. ¿Alguna vez te han diagnosticado depresión, ansiedad u otra enfermedad mental? Sí No

35. ¿Has estado alguna vez en algo de lo siguiente? Asesoramiento Centro de tratamiento Hogar de crianza
 Refugio para indigentes Casa grupal
 JC/JD (Correccional/Detención de Menores) En ninguno

36. ¿Consumes alcohol, tabaco, drogas? Sí En caso afirmativo, ¿qué consumes? _____ No

37. ¿Alguna vez has viajado en un automóvil conducido por alguien (incluido tú mismo/a) que estaba borracho, drogado o había estado consumiendo alcohol o drogas?

38. ¿Has estado involucrado/a o has sido testigo de algún acto de violencia en el último año? Sí En caso afirmativo, ¿dónde? _____ No

39. ¿Alguien te ha lastimado física, sexual o verbalmente o te ha obligado a hacer algo que no querías hacer? Sí No

41. ¿Por quién te sientes atraído/a? Varones Mujeres Ambos Ninguno No estás seguro/a

42. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Sí En caso afirmativo, ¿cuántos años tenías la primera vez? _____
 No (pasa a la pregunta 51)

43. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales? _____

44. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales? Varones Mujeres Ambos Tú mismo/a

45. ¿Qué tipos de relaciones sexuales has tenido? Pene-vagina Oral Anal (trasero)

46. ¿Usas condones/campos de látex? Siempre Algunas veces Nunca

47. ¿Usas anticonceptivos? Sí, cuál _____ No

48. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido... en los últimos 2 meses? _____ en el pasado año? _____ en total? _____

49. ¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual? Sí No Nunca me he hecho la prueba
En caso afirmativo, ¿cuál(es)? Clamidia Gonorrea VIH Otra (sífilis, herpes, verrugas, otra _____)
¿Te trataron? Sí y tomé todo el medicamento No ¿Se trató a tu pareja? Sí No

50. ¿Alguna vez has estado embarazada o has dejado embarazada a alguien? Sí, ¿qué hiciste? _____ No

51. ¿Tiene preocupaciones sobre tu área genital (pene, vagina, trasero)? Sí, cuál _____ No

PARA LAS QUE MENSTRUÁN

52. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación? _____ Todavía no lo he tenido

53. ¿Cuándo fue tu última menstruación? _____

54. ¿Tienes la menstruación todos los meses? Sí No

55. ¿Tienes alguna preocupación acerca de tus menstruaciones? Sí No

56. ¿Tienes alguna otra preocupación de la que te gustaría hablar hoy? Sí _____ No

Firma del(de la) cliente: _____

Fecha: _____

Para uso interno

Comentarios:

Firma revisada por el proveedor: _____

Fecha de servicio: _____