**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN** Division of Medicaid Services

F-1062S (08/2019)

**REVISIÓN DE HEALTHCHECK PARA ADOLESCENTES**

**HEALTHCHECK ADOLESCENT REVIEW**

**Instrucciones para exámenes clínicos:** para ser entregado a adolescentes de 12 años de edad o más. Luego de revisar la información, devolver al paciente.

**Instrucciones para los pacientes:** A veces es más fácil tratar algunos temas de esta manera. Si estás de acuerdo, para cada pregunta marca las casillas Sí o NO y entrega este formulario al enfermero(a). Si tienes alguna duda acerca de las preguntas, pídele al enfermero(a) que te ayude. Este formulario te será devuelto.

1. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tu salud en general?  Sí  No
2. ¿Piensas que debes hacer ejercicio durante más de 1 hora por día porque de lo contrario te sentirás mal

contigo mismo?  Sí  No

1. ¿Estás molesto con frecuencia?  Sí  No
2. ¿Piensas que algo anda mal con respecto al desarrollo de tu cuerpo?  Sí  No
3. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tu peso y has tratado de bajar o subir de peso?  Sí  No

En caso de que tu respuesta sea afirmativa, ¿de que modo?

1. ¿Hay algo que este perturbando tu desempeño en la escuela?  Sí  No
2. ¿Hayalgo que este perturbando tu desempeño en el trabajo?  Sí  No
3. ¿Tienes problemas en tu casa?  Sí  No
4. ¿Te cuesta relacionarte cuando sales?  Sí  No
5. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tus inclinaciones sexuales?  Sí  No
6. ¿Piensas que algo anda mal con respecto al funcionamiento de tu corazón?  Sí  No
7. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tu piel?  Sí  No
8. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tus ojos?  Sí  No
9. ¿Toses mucho o te cuesta respirar?  Sí  No
10. ¿Estás preocupado por tu estomago o intestino?  Sí  No
11. ¿Crees que tienes cáncer?  Sí  No

En caso de que tu respuesta sea afirmativa, ¿cáncer de qué?

1. ¿Te arde cuando vas al baño?  Sí  No
2. ¿Sientes dolor en los músculos o cuando caminas?  Sí  No
3. ¿Tienes preguntas sobre el consumo de alcohol o de otras drogas?  Sí  No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20. ¿Tienes preguntas sobre el embarazo o anticonceptivos? | Si | No |
| 21. ¿Tienes preguntas acerca de las secreciones de tus órganos sexuales o acerca de las enfermedades |  |  |
| de transmisión sexual? | Sí | No |
| 22. ¿Necesitas hacer preguntas sobre la masturbación o el autoerotismo? | Sí | No |

23. Si estás de acuerdo, marca los temas acerca de los que tienes preguntas o que te preocupan. En la clínica, te podrán indicar lugares o profesionales a los que puedes recurrir para obtener más información.

Salir en citas  Problemas escolares  Anticonceptivos   Embarazo

Drogas  Aborto   Enfermedades de transmisión sexual  Control de peso

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SÓLO PARA VARONES** |  |  |
| 24. ¿Te preocupan las emisiones nocturnas/sueños mojados?  25. ¿Te preocupa el tamaño de tu órgano sexual? | Sí  Sí | No  No |
| **SOLO PARA MUJERES** |  |  |
| 26. ¿Ya has menstruado?  En caso de que tu respuesta sea afirmativa, ¿cuándo? | Sí | No |
| En caso de que tu respuesta sea negativa, no tienes que responder el resto de las preguntas.  27. ¿Con que frecuencia menstruas? | Sí  Sí  Sí  Sí  Sí  Sí | No  No  No  No  No  No |
| 28. ¿Tienes problemas con tu menstruación?  29. ¿Tomas algún medicamento para tu menstruación?  30. ¿Has tenido alguna vez problemas de flujo, hemorragias o de otro tipo entre una menstruación y otra?  31. Si crees que estás embarazada, contesta las siguientes preguntas:  ¿Vives en una casa construida antes de 1980 donde la pintura se esta desprendiendo?  ¿Tienes algún pasatiempo que involucre balas de plomo, plomadas para pesca o cristal de plomo?  ¿Ingieres sustancias no comestibles como arcilla, tierra, azarcon, Pay-loo-ah o Greta? |  |  |

¿TIENES OTRAS DUDAS O COMENTARIOS?