# DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN

Division of Medicaid Services

F-01068MS (08/2019)

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.  Dificultades para dormir  Privacidad  Sentir cansancio durante el día  Amigos  Dolores de cabeza  No amigos  Dolores estomacales  Hermanos o hermanas  Mareos o desmayos  Padres o familia  Estatura o peso  Grados o escuela  Dolores musculares o de las articulaciones  Sueños recurrentes o pesadillas  Problemas de la visión o audición  Temor a un embarazo no planeado o a enfermedades de transmisión sexual (STDs por sus siglas en inglés)  Problemas en la piel (acné, erupciones)  Control del temperamento  Dolores de oído  No tener nada que hacer  Dolores de garganta  Su futuro  Tos o dificultad para respirar  Se siente triste o deprimido  Vómitos  Un lugar para vivir  Diarrea  Miembros de la familia que beben alcohol en exceso  Dolor al orinar  Consumo de drogas  Alergias  Otros, describa | | |
| Marque todas las casillas con los temas sobre los cuales le gustaría saber más.  Menstruación  SIDA\* o exposición al VIH\*\*  Su desarrollo sexual  Embarazo o tener hijos  Cambios en el cuerpo de adolescentes  Masturbación  Métodos anticonceptivos  Formas de manejar el estrés  Drogas o alcohol  Salir en citas  Abuso o agresión sexual  Cáncer  Enfermedades de transmisión sexual (STDs)  Abuso físico  La muerte o la agonía  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.  Nutrición o dieta  Consumo de alcohol o drogas  Ejercicios  Tener buena relación con la familia  Fumar o masticar tabaco  Sexualidad  Dormir  Encontrar un trabajo  Su respuesta al estrés  Comunicación con los padres y los demás  Rendimiento escolar  Uso del cinturón de seguridad, cascos para bicicletas o motocicletas  Hacer y conservar amigos | | |

\* SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

\*\* VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana.