# 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.