



# **CONFIDENCIAL**

---

## **Encuesta de Salud para Adolescentes**

Cada uno se encuentra con decisiones y situaciones que son complicadas. El propósito a estas preguntas es para darle a su doctor o enfermera información para cuidar de ti. Si tienes algunas preguntas acerca de estos temas pregúntele a su doctor o enfermera.

**NO TIENES QUE CONTESTAR LAS PREGUNTAS.** Si escoges no llenarlo, por favor lee las preguntas de toda manera por qué el doctor o la enfermera van a querer hablar sobre cualquier pregunta que tengas.

La información que compartas será cuidada en privado entre tú y tu doctor o enfermera al no ser que la información sea necesaria para protegerte de peligro inmediato.

The Health Survey for Adolescents is not intended to replace existing comprehensive health assessments. It is intended to provide an example of a brief tool addressing high priority adolescent risk behaviors. This survey was developed by the Adolescent Quality Improvement Work Group.

The Adolescent Quality Improvement Work Group included representatives of:

- New York State Department of Health
- IPRO
- Managed Care Plans
- Adolescent Medicine Specialists
- NYS Chapter of the American Academy of Pediatrics
- NYS Academy of Family Physicians
- American College of Obstetricians and Gynecologists, District II/NYS
- The Medical Society of the State of New York

Por favor marca con un círculo tu respuesta a cada una de las siguientes preguntas:

---

1. **¿Con qué frecuencia usas un casco cuando corres patines, patineta, bicicleta, motocicleta, minimoto o un vehículo motorizado?**

Siempre

A veces

Raramente o nunca

---

2. **¿Con qué frecuencia usas el cinturón de seguridad cuando viajas en auto, camión, o van?**

Siempre

A veces

Raramente o nunca

---

3. **¿Estás teniendo problemas en la escuela?**

Raramente o nunca

A veces

Siempre

---

**Marca con un círculo todas las respuestas que te apliquen. . . calificaciones, peleas, faltas a la escuela**

---

4. **¿Alguna vez has sentido que tienes problemas de peso?**  
(falta de peso, sobrepeso, anorexia, bulimia)

Raramente o nunca

A veces

Siempre

---

5. **¿Alguna vez has fumado cigarrillos (aunque no hayas inhalado el humo) o has masticado tabaco?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

6. **¿Alguna vez has tomado alcohol?** (cerveza, vino, licor, otra cosa)

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

7. **¿Alguna vez has usado drogas?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

**Marca con un círculo todas las respuestas que te apliquen.** marihuana, cocaína, crack, heroína, ácido, "ecstasy," "roofies," inhalantes, esteroides, hormonas, medicamentos recetados o que no sean recetados por un médico para usted u otros.

---

8. **¿Alguna vez has viajado en un vehículo mientras el conductor ha estado bajo los efectos de alcohol o de drogas?** (Ya sea que usted era el que manejaba u otra persona).

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

9. **¿Alguna vez has hecho algo violento porque estabas enojado?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

10. **¿Alguna vez has conocido alguien en tu casa, la escuela u otro lugar que te haya causado miedo, amenazado o lastimado?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

---

continúa atrás

**Por favor marca con un círculo todas las respuestas que te apliquen:**

**11. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?**

No

Si

**Marca con un círculo todas las respuestas que te aplican. . . sexo vaginal    sexo anal    sexo oral**

**12. Si has tenido sexo, ¿con qué frecuencia usas condones?**

Nunca he tenido sexo

Siempre

A veces

Raramente o nunca

**13. ¿Alguna vez has sido forzado(a) a tener sexo cuando tu no querías o te han tocado en una manera que te hizo sentir incómodo(a)? (tocado los senos, las nalgas o genitales)**

Nunca

No está seguro(a)

Sí

**14. ¿Alguna vez te has sentido triste o deprimido durante más de 2 semanas o como si no tuvieras nada interesante que esperar en el futuro?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

**15. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?**

Nunca

Una o dos veces

3 veces o más

**¿TIENES ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTOS TEMAS?**

Quizás te interesa saber más sobre ciertos temas. Puedes tener amistades que están tomando estas decisiones, o quizás quieres más información para poder tomar decisiones en el futuro. Si deseas más información sobre cualquier tema mencionado abajo, márcalo con un círculo. También puedes agregar otros temas no incluidos en la lista.

Tabaco	Alcohol	Drogas	Depresión	Suicidio
Dejar de fumar	Sexo seguro	Abstinencia (saber decir no)		Anticoncepción
Abuso/maltrato	Homosexualidad	Problemas de peso	Esteroides	VIH/SIDA
Píldoras para la dietadietadietas/laxatives			Inhalantes (goma, aerosol)	
Enfermedades transmitidas sexualmente			Compartir agujas/equipo	
Temas sobre sexo transgénero/transexual			Dieta/ejercicio	
Perforaciones en el cuerpo/Tatuaje	Otros _____			

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

He revisado la información arriba con mi paciente.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_