



Chequeo de Salud Adolescente (14+ años)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de visita: _____

Actualizaciones Generales De Salud General Health Updates

¿Quién está llenando este formulario? <i>Who is completing this form?</i>	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mamá <i>Mom</i> <input type="checkbox"/> Papá <i>Dad</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other:</i>
¿Alguna pregunta, inquietud o problema, que quiera decírnos hoy? <i>Any questions, concerns, or problems you want to discuss today?</i>	
¿Alguna novedad sobre su salud? (nuevas condiciones, cirugías, etc.) <i>Any updates to your health? (i.e. new conditions, surgeries, etc.)</i>	
¿Alguna información sobre la salud familiar y el estado familiar o social que debamos tener en cuenta? <i>Any family health, family status or social updates we should be aware of?</i>	
¿Con quién vive? <i>Who lives with you?</i>	
¿Ha estado expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico? <i>Any smoke or e-cigarette exposure?</i>	
¿Algo más que quiera compartir? (logros, momentos de orgullo, etc.) <i>Anything else you want to share? (milestones, proud moments, etc.)</i>	

Detección de riesgos de salud Health Risk Screening

Dependiendo de sus respuestas, las siguientes preguntas podrían ayudar a su proveedor a completar pruebas/exámenes adicionales. Si tiene preguntas con respecto a la detección de riesgos para la salud, hágaselas a su proveedor.

En el último año, ¿ha visto a un oftalmólogo (doctor de la vista)? <i>Have you seen an eye doctor in the last year?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación por niveles bajos de hierro o anemia? <i>Do you have any concerns about low iron levels or anemia?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No

Vida Familiar Family Life

¿Alguien en casa o en la familia tiene problemas con las drogas o el alcohol? <i>Does anyone in the home/family have problems with drugs or alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazar <i>Decline</i>
--	---

Nutrición Nutrition

¿Con qué frecuencia bebe cafeína, soda u otras bebidas azucaradas? <i>How often do you drink caffeine, soda or other sugary/energy drinks?</i>	<input type="checkbox"/> Diariamente <i>Daily</i> <input type="checkbox"/> Semanalmente <i>Weekly</i> <input type="checkbox"/> Raramente <i>Rarely</i> <input type="checkbox"/> Nunca <i>Never</i>
¿Le preocupa su peso? <i>Do you have any concerns about your weight?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Come tres comidas regulares al día? <i>Do you eat three regular meals every day?</i>	<input type="checkbox"/> Siempre <i>Always</i> <input type="checkbox"/> Algunas veces <i>Sometimes</i> <input type="checkbox"/> Nunca <i>Never</i>

Chequeo de Salud Adolescente 14+

Salud Oral Oral Health

¿Tiene alguna carie en este momento? *Do you have any current dental decay/cavities?* Sí Yes No No lo sé Unknown

¿Se cepilla los dientes dos veces al día? *Do you brush your teeth twice a day?* Sí Yes No

¿Tiene un dentista? *Do you have a regular dentist?* Sí Yes No

Dormir Sleep

El sueño saludable es importante para el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje. No recomendamos tener una pantalla en su dormitorio; ya que esto puede afectar su sueño.

¿Duerme por lo menos de 8 a 10 horas por la noche? *Do you get at least 8-10 hours of sleep a night?* Sí Yes No

¿Tiene alguna preocupación sobre la cantidad o la calidad del sueño? *Do you have any concerns about the amount or quality of your sleep?* Sí Yes No

Actividad / Tiempo Frente A La Pantalla Activity & Screen Time

¿Se mantiene usted enérgicamente activo por lo menos una hora al día? *Are you vigorously active for at least one hour a day?* Sí Yes No

¿Pasa usted más de dos horas al día frente a una pantalla que no está relacionada con el trabajo de la escuela? *Do you spend more than two hours a day in front of a screen that is not related to schoolwork?* Sí Yes No

Escuela School

El aprendizaje y la socialización son una parte crítica del desarrollo y las habilidades aprendidas en la escuela, las cuales continuarán siendo usadas a lo largo de la vida. Si tiene alguna inquietud específica hable con su proveedor y asegúrese de mencionar si está en un programa de IEP o en un 504 como apoyo adicional.

¿En que grado estas en la escuela, y a que escuela asistes? *What grade are you in/what school do you go to?*

¿Le gusta la escuela? *Do you enjoy school?* Sí Yes No

¿Tiene preocupaciones o dificultades en la escuela de las que le gustaría hablar (como la reprobación de clases, intimidación, acoso, etc.)? *Do you have any current concerns or difficulties at school (such as failing classes, bullying, etc.) that you would like to talk about?* Sí Yes No

¿Cuáles son sus planes cuando termine la escuela secundaria (universidad, escuelas vocacionales/ técnicas o de oficio, trabajo, etc.)? *What are your plans after high school (such as college, trade program, work, etc)?*

Seguridad Safety

¿Usa usted siempre el cinturón de seguridad mientras conduce o viaja como pasajero? *Do you always wear a safety belt while riding or driving in a vehicle?* Sí Yes No

Regularmente ¿usa bloqueador solar? *Do you use sunscreen regularly?* Sí Yes No

¿Tiene preguntas sobre la seguridad en el agua? *Do you have questions about water safety?* Sí Yes No

¿Usa usted casco cada vez que monta en bicicleta, monopatín, patineta, esquí/snowboard? *Do you wear a helmet every time you ride a bike, scooter, skateboard, ski/snowboard?* Sí Yes No

Si tiene armas en su casa, ¿están guardadas en un lugar seguro (bajo llave y con las municiones guardadas por separado)? *If you have guns in your home, are they stored safely (locked with ammunition stored separately)?* Sí Yes No No Aplica

Sabe usted, ¿cómo tener cuidado al usar las redes sociales y/o el internet? *Do you know how to be safe when using social media/internet?* Sí Yes No