

## REVISIÓN HEALTHCHECK PARA ADOLESCENTES HEALTHCHECK ADOLESCENT REVIEW (SPANISH)

**Instrucciones para exámenes clínicos:** para ser entregado a adolescentes de 12 ó más años de edad. 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 o enfermera. Si tienes alguna duda acerca de las preguntas, pídele 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 sentirías mal contigo mismo?  Sí  No
3. ¿Te afliges con frecuencia?  Sí  No

4. ¿Piensas que algo anda mal con respecto al desarrollo de tu cuerpo?  Sí  No
5. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tu peso y has tratado de bajar o subir de peso? En caso de que tu respuesta sea afirmativa, ¿de qué modo? \_\_\_\_\_  Sí  No
6. ¿Hay algo que esté perturbando tu desempeño en la escuela?  Sí  No
7. ¿Hay algo que esté perturbando tu desempeño en el trabajo?  Sí  No

8. ¿Tienes problemas en tu casa?  Sí  No
9. ¿Te cuesta relacionarte cuando sales?  Sí  No
10. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tus inclinaciones sexuales?  Sí  No

11. ¿Piensas que algo anda mal con respecto al funcionamiento de tu corazón?  Sí  No
12. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tu piel?  Sí  No
13. ¿Piensas que algo anda mal con respecto a tus ojos?  Sí  No

14. ¿Toses mucho o te cuesta respirar?  Sí  No
15. ¿Estás preocupado por tu estómago o intestino?  Sí  No
16. ¿Crees que tienes cáncer? En caso de que tu respuesta sea afirmativa, ¿cáncer de qué? \_\_\_\_\_  Sí  No

17. ¿Te arde cuando vas al baño?  Sí  No
18. ¿Sientes dolor en los músculos o cuando caminas?  Sí  No
19. ¿Necesitas hacer preguntas sobre el consumo de alcohol o de otras drogas?  Sí  No

20. ¿Necesitas hacer preguntas sobre el embarazo o anticonceptivos?  Sí  No
21. ¿Necesitas hacer 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?  Sí  No
25. ¿Te preocupa el tamaño de tu órgano sexual?  Sí  No

### SÓLO PARA MUJERES

26. ¿Ya has menstruado alguna vez? 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 qué frecuencia menstrúas? \_\_\_\_\_  Sí  No
28. ¿Tienes problemas cuando menstrúas?  Sí  No
29. ¿Tomas algún medicamento para tu menstruación?  Sí  No
30. ¿Has tenido alguna vez problemas de flujo, hemorragias o de otro tipo entre una menstruación y otra?  Sí  No
31. Si crees que estás embarazada, contesta las siguientes preguntas:
- ¿Vives en una casa construida antes de 1980 donde la pintura se está desprendiendo?  Sí  No
- ¿Tienes algún pasatiempo que involucre balas de plomo, plomadas para pesca o cristal de plomo?  Sí  No
- ¿Ingeres sustancias no comestibles como arcilla, tierra, azarcón, pay-loo-ah o greta?  Sí  No

¿TIENES OTRAS DUDAS O COMENTARIOS?