

Cuestionario de Salud de Adolescentes y Adultos Jóvenes (11-20 Años)

Tu nombre/Cómo te gusta que te llamen: _____

Pronombres: _____

Tu sexo asignado al nacer (como en tu certificado de nacimiento original): _____

Tu identidad de género: _____

¿Qué cuatro palabras te describen mejor?

¿Qué quieres sacar de la visita de hoy?

Le hacemos a cada paciente estas preguntas sobre las cosas que pueden afectar su salud y bienestar. Algunas de las preguntas pueden no encajar contigo. Está bien dejar algunas preguntas en blanco. Responde estas preguntas por tu cuenta, sin la ayuda de tus padres o amigos, y se lo más honesto posible. Tus respuestas son privadas.	MARCA CON UN CÍRCULO TU RESPUESTA	¿QUIERES MÁS INFORMACIÓN?
1. En general, ¿estás contento con la forma en que te van tus cosas?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usas el cinturón de seguridad en un automóvil / camión?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usas un casco cuando patinas, montas bicicleta, motocicletas, motos de nieve o vehículos todo terreno?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te llevas bien con tu familia?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tienes al menos un adulto con el que realmente puedas hablar?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te sientes seguro en casa, en la escuela y en tu comunidad?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
7. ¿Haces 60 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
8. ¿Crees que tienes el peso y la altura adecuados?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez te saltas comidas, usas laxantes o pastillas para adelgazar, o vomitas a propósito para perder peso o para controlar tu peso?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has perdido más de 7 días de escuela en el último año?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
11. Tus calificaciones son peores de lo que solían ser?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tu o alguien con quien vives tiene un arma de fuego o llevan un arma?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>

AYA QUESTIONNAIRE

13. ¿Te preocupa el dinero, un lugar para vivir, comida o ropa?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez has huido de casa?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez has estado en una pandilla (ahora o en el pasado)?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
Las respuestas son privadas entre tu y tu proveedor de atención médica. Solo hablaremos con tu padre/tutor sobre esta información si tenemos una preocupación seria sobre tu salud y seguridad. Antes de hablar con un padre/tutor, lo hablaremos contigo.	MARCA CON UN CÍRCULO TU RESPUESTA	¿QUIERES MÁS INFORMACIÓN?
16. ¿Alguna vez te has lastimado o cortado a propósito?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez has enviado o recibido un mensaje de texto o foto sexual?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez has tenido algún tipo de sexo?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez has tenido una infección que se transmite al tener relaciones sexuales? (como herpes, gonorrea, clamidia, verrugas genitales, enfermedad inflamatoria pélvica, VIH, sífilis)	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez has cambiado sexo o actividad sexual por dinero, comida, un lugar para vivir o cualquier otra cosa?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
21. ¿Eres o alguna vez te has preguntado si eres gay, lesbiana, bisexual, pansexual, asexual o queer?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
22. ¿Eres o te preguntas si eres transgénero, género queer, género fluido, no binario o un género que es diferente de lo que te llamaban (niño o niña) al nacer?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
23. ¿Alguna vez has sido abusado o lastimado física, sexual o emocionalmente por alguien? (como patadas, golpes, forzado o engañado para tener relaciones sexuales, tocado de una manera que te hizo sentir incómodo, ser llamado inútil)	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
24. ¿Alguna vez has intentado suicidarte?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>
25. ¿Has tenido algún evento estresante o aterrador que aún te moleste?	Sí A veces No	<input type="checkbox"/>

Si pudieras cambiar una cosa de tu vida o de ti mismo, ¿cuál sería?

¿Qué es lo más importante en lo que deseas que nos centremos en la visita clínica de hoy?

Preguntas sobre tabaco, alcohol, marihuana, otras drogas

En el ÚLTIMO AÑO, ¿cuántas veces has usado:	Nunca	Una o dos veces	Mensual	Semanal
Tabaco: cigarrillos, puros, masticables o cigarrillos electrónicos o vaporizadores, como JUUL, suorin, blu, VUSE o logic.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has probado otras drogas por diversión, curiosidad o para lidiar con cosas, como píldoras recetadas, drogas para oler o inhalar, salvia, K2 u otras drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Terminaste! ¡Gracias!

For office use:

An option is to offer the complete [S2BI \(nida.nih.gov/s2bi\)](https://nida.nih.gov/s2bi) for validated substance use screening and recommendations based on results. These screening questions correspond to the brief office-based intervention algorithm for young people 9-18 years of age: [Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth \(www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide\)](https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide).

NOTE: Standardized mental health screening is required for C&TC visits at 12-20 years of age. Refer to the [Mental Health Screening \(6-20 Years\) C&TC Fact Sheet \(www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/mentalhealth.pdf\)](https://www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/mentalhealth.pdf) for instrument and referral recommendations.

Formulario puesto a disposición por:

Minnesota Department of Health
 Child and Teen Checkups
 651-201-3650
health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

12/2023

Para obtener esta información en un formato diferente, llame al: 651-201-3650.