

Community Health Care **Inventario Confidencial de Salud de los Adolescentes**  
(de 13 a 18 años)

**Complete Ambos Lados**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Género con el que se identifica:

Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_ **Nombre preferido:** \_\_\_\_\_

**Pronombre preferido:** \_\_\_\_\_

**\*\*Presente un registro de sus vacunas para que tengamos una copia.\*\***

**Consulte a su proveedor de atención de salud todas las preguntas que no comprenda.**

**Antecedentes Médicos Personales**

- Sí  No ¿Tiene alguna preocupación específica actualmente? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Presenta alguna enfermedad importante actualmente (como asma, diabetes, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Toma algún medicamento? (diariamente o según necesidad) ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Toma alguna vitamina, suplemento o medicamento "alternativo", o hace algún tratamiento? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o vacunas? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Ha tenido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía o ha pasado alguna noche en el hospital? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares**

**Desconocido/Adoptado**

Marque cualquiera de los siguientes problemas que hayan tenido sus abuelos, padres, hermanos, hermanas, e indique quién:

- | ¿Quién?   | ¿Quién?   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea: _____  | <input type="checkbox"/> Infarto: _____             |
| <input type="checkbox"/> Depresión: _____             | <input type="checkbox"/> Sobrepeso: _____           |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta: _____ | <input type="checkbox"/> Alcoholismo: _____         |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto: _____       | <input type="checkbox"/> Maltrato físico: _____     |
| <input type="checkbox"/> Suicidio: _____              | <input type="checkbox"/> Asma: _____                |
| <input type="checkbox"/> Maltrato infantil: _____     | <input type="checkbox"/> Convulsiones: _____        |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis: _____        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____                | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____              | <input type="checkbox"/> Abuso sexual: _____        |

**Cuidados Preventivos de Salud**

Sí No

- ¿Fuma, usa productos derivados del tabaco, rapé o productos sin humo (vaporizador)? Si la respuesta es sí, ¿cuál y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?
- ¿Cuándo anda en bici, en monopatín, al esquiar, etc., ¿siempre usa casco?
- ¿Su casa cuenta con detectores de humo, extintores y alarmas de monóxido de carbono?

(Continúa al dorso)

**Cuidados preventivos de salud (continuación)**

Sí No

- ¿Vive con alguien que fuma? ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Cuenta con algún dispositivo con pantalla (computadora, tableta, teléfono, TV, etc.) en su habitación?
- ¿Ha consultado a un dentista en los últimos seis meses?
- ¿Se lava los dientes diariamente?
- ¿Ha tenido contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que corra un alto riesgo de padecerla (alguien que haya vivido en un país en desarrollo, haya estado ingresado en un centro, no tenga hogar, consuma drogas por vía intravenosa o sea VIH positivo)?

**Educación**

¿A qué escuela asiste? \_\_\_\_\_ ¿En qué grado está? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su promedio? \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Es parte de un Programa de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o un Plan 504?

**Social**

Sí No

- En los últimos 12 meses, ¿estuvo expuesto a amenazas, empujones, agarrones, golpes, patadas, rotura de objetos u otro tipo de daño?
- En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado algún contacto no deseado? ¿Contactos sexuales forzados?
- ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado al cuidado de un régimen de acogida?

**Revisión de Sistemas (¿Presenta algún problema en relación con lo siguiente?)**

Sí No

¿Cuál?

Sí No

¿Cuál?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de visión: _____               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en la piel: _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de respiración: _____          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de audición: _____  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al defecar (hacer caca): _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, desmayos, mareos, alguna pérdida de conciencia _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas estomacales: _____             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir, depresión, ira o nerviosismo _____            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al orinar (hacer pis): _____   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores corporales: _____                |   |

**Solo Para Mujeres**

¿Cuándo fue su último período? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue el primer día de su último período? \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Períodos irregulares, dolor o preocupaciones sobre sus períodos? \_\_\_\_\_

**Solo para hombres**

- Sí  No ¿Ha tenido algún bulto en los testículos? \_\_\_\_\_

**Otras inquietudes:**


---



---



---



---

**Solo para uso oficial**

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**(Continúa al dorso)**