

**Cuestionario Médico Edades  
de 13 en adelante  
Medical Questionnaire  
Ages 13 and Above**

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teenager Name

Date of birth

Cuestionario llenado por: \_\_\_\_\_

Questionnaire filled out by

Relación con el adolescente: \_\_\_\_\_

Relationship to child

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

Date of visit

1. *¿Ha sido su adolescente diagnosticado con cualquiera de estas enfermedades o condiciones médicas? (marque todas las que correspondan)*

Has your teenager been diagnosed with any of these illnesses or medical conditions? *(Check all that apply)*

*Anemia (Anemia)*

*Asma (Asthma)*

*Enfermedad de Déficit de Atención con/Hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)  
(Attention Deficit Disorder w/Hyperactivity (ADHD))*

*Diabetes (Diabetes)*

*Soplo en el Corazón (Head injury)*

*Lesión en la Cabeza (Heart murmur)*

*Alergias nasales/sinusitis (Nasal allergies/sinusitis)*

*Enfermedades psiquiátricas o mentales (Psychiatric or mental illness)*

*Convulsiones (Seizures)*

*Infección de orina/vejiga (Urine/bladder infection)*

*Otra especifique (Other specify) \_\_\_\_\_*

***Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.***

My teenager does not have any of these illnesses.

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teenager Name Date of birth

2. ¿Ha sido su adolescente alguna vez internado en el hospital?  Sí  No  
Has your teenager ever been admitted to a hospital?  Yes  No

**Si su respuesta es sí,**

If yes,

- a. ¿Por qué fue internado? \_\_\_\_\_  
What was the admission for?
- b. ¿Qué edad tenía su hijo? \_\_\_\_\_  
How old was your child?
- c. Nombre del hospital y de la ciudad \_\_\_\_\_  
Name of hospital and city

3. ¿Ha tenido su adolescente alguna cirugía?  Sí  No  
Has your teenager ever had any surgeries?  Yes  No

**Si su respuesta es sí,**

If yes,

- a. ¿Para qué fue la cirugía? \_\_\_\_\_  
What was the surgery for?
- b. ¿Qué edad tenía su hijo? \_\_\_\_\_  
How old was your child?
- c. Nombre del hospital y de la ciudad \_\_\_\_\_  
Name of hospital and city

4. ¿Tiene su adolescente alguna alergia a algún alimento o medicamento?  Sí  No  
Does your teenager have any allergies to food or medications?  Yes  No

**Si su respuesta es sí, por favor haga una lista**

If yes, please list

\_\_\_\_\_

5. ¿Están las vacunas de su adolescente al corriente?  Sí  No  
Are your teenager's immunizations up to date?  Yes  No

**Si su respuesta es no, ¿cuáles están pendientes** \_\_\_\_\_

If no, which are pending?

6. Por favor marque todo lo que corresponda a la salud de su adolescente en este momento:  
Please check all that apply to your teenager's health at this time:

- Falta de energía (Loss of energy)
- Pérdida de peso (Weight loss)
- Aumento de peso (Weight gain)
- Las encías sangran con facilidad (Gums bleed easily)
- Sangra por largo tiempo después de una cortada (Bleeds for a long time after a cut)
- Dificultad para oír (Difficulty hearing)

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teenager Name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

*Dientes descoloridos y se rompen fácilmente* (Teeth are discolored and break easily)

*Urticaria* (Hives)

*Eczema* (Eczema)

*Dolores musculares* (Muscle aches)

*Dolor o hinchazón en las articulaciones* (Joint pain or swelling)

*Problemas con la vista* (Trouble with eyesight)

*Usa lentes o espejuelos* (Wear glasses)

*Respiración sibilancias* (Wheezing)

***Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.***  
My teenager does not have any of these problems

7. *¿Está tomando su adolescente alguna medicina o vitaminas en este momento?*  *Sí*  *No*

Is your teenager taking any medications or vitamins now?  Yes  No

***Si su respuesta es sí, ¿cuáles está tomando?*** \_\_\_\_\_

If yes, what is he/she taking?

***¿Para qué enfermedad/condición las está tomando?***

What illness/condition is he/she taking this for?

\_\_\_\_\_

***¿Ha usado su adolescente alguna vez anticonceptivos que han sido recetados por un doctor?***  *Sí*  *No*

Has your teenager ever used birth control that was prescribed by a doctor?  Yes  No

***Si su respuesta es sí, ¿qué tipo?*** \_\_\_\_\_ ***Por cuánto tiempo?*** \_\_\_\_\_

If yes, what kind?

For how long?

8. *¿Quién es el doctor de su adolescente?* \_\_\_\_\_

Who is your teenager's doctor?

***¿En qué pueblo/ciudad tiene el doctor su consultorio?*** \_\_\_\_\_

In what town/city does the doctor have his/her practice?

9. *¿Qué haces cuando tu adolescente no sé porta bien?*

What do you do when your teenager is acting up?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teenager Name Date of birth

**Antecedentes Médicos Familiares**

**Family Medical History**

¿Alguno de los hermanos (as), padres o abuelos de su adolescente sufre de cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (marque todas las que correspondan e identifique al miembro de la familia afectado por cada enfermedad)  
Do any of your teenager's siblings, parents or grandparents suffer any of the following medical conditions? (Check all that apply and identify the family member affected by each illness)

- Anemia (Anemia) \_\_\_\_\_
- Asma (Asthma) \_\_\_\_\_
- Retraso al hablar, moverse, o entender cosas (Delay in talking, moving around or understanding things) \_\_\_\_\_
- Diabetes (Diabetes) \_\_\_\_\_
- Adicción a Drogas/Alcohol (Drug/alcohol addiction) \_\_\_\_\_
- Ha tenido muchos huesos rotos (Had a lot of broken bones) \_\_\_\_\_
- Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos, agrietados (Had a lot of discolored, broken or chipped teeth) \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Corazón (Heart disease) \_\_\_\_\_
- VIH/SIDA (HIV/AIDS) \_\_\_\_\_
- Pérdida auditiva (Loss of hearing) \_\_\_\_\_
- Retraso Mental (Intellectual disability) \_\_\_\_\_
- Alergias Nasales (Nasal allergies) \_\_\_\_\_
- Hemorragias nasales; se hace moretones con facilidad (Nosebleeds; bruises easily) \_\_\_\_\_
- Enfermedades Psiquiátricas o Mentales (Psychiatric or mental illness) \_\_\_\_\_
- Convulsiones (Seizures) \_\_\_\_\_
- ¿Alguien fuma en su casa? \_\_\_\_\_  
(Does anyone in your household smoke?)
- Otra (por favor anótela) \_\_\_\_\_  
(Other) (please list)
- Nadie en mi familia tiene estas enfermedades**  
No one in my family has any of these illnesses

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teenager Name Date of birth

**Asistencia Escolar:**  
School Attendance:

- a. *Por favor proporcione el nombre y lugar de la escuela a la que asiste su adolescente:*  
Please give the name and location of the school your teenager attends:

---

---

- b. *¿En qué grado está su adolescente?* \_\_\_\_\_  
Which grade is your teenager in?

- c. *¿Cómo va su adolescente en la escuela?*  
How is your teenager doing in school?

*Excelente*       *Bien*       *Promedio*       *Reprobando*  
(Excellent)      (Good)      (Average)      (Failing)

- d. *Si su adolescente está reprobando en la escuela, ¿cuál es el problema?*  
If your teenager is failing at school, what is the problem?

---

---

---

---

---

**Antecedentes Sociales**  
Social History

- a. *Por favor haga una lista de todos los adultos y niños que actualmente viven en la misma casa que su adolescente y su relación con su adolescente:*  
Please list all adults and children currently living in same home as your teenager and their relationship to your teenager

---

---

---

---

---

---

- b. *¿Ha estado involucrada su familia previamente con el Departamento de Servicios Sociales?*     *Sí*     *No*  
Has your family had any previous involvement with DSS?     Yes     No

***Si su respuesta es sí, por favor anote el año y la razón del involucrimiento:***  
If yes, please list the year and reason for involvement:

---

---

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teenager Name Date of birth

c. ¿Ha habido violencia doméstica en su hogar?  Sí  No  
Has your child ever been around domestic violence?  Yes  No

**Comentarios Adicionales del Proveedor Médico:**

Additional Comments by Medical Provider:

**Questionario revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Revisión:** \_\_\_\_\_  
Questionnaire reviewed by: **Proveedor Médico** Review Date:  
Medical Provider