

Cuestionario del Comportamiento Adolescente

Su Nombre: _____ Su Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de la Visita: _____

Sexo Biológico: Femenino Masculino

Pronombre Preferido: Ella/de ella/suya Él/ de él /suyo Ellos, Ellas/los, las/suyos, suyas Sólo mi nombre, por favor

Por favor llene el cuestionario. Apreciaremos que responda honestamente para poder servirle mejor. Esta información es parte de su expediente médico confidencial. Será revelada solamente después de haber recibido una orden judicial para revelar su expediente.

Por favor marque si el cuestionario fue completado por el proveedor medico de salud recopilando la información directamente del adolescente durante la evaluación médica.

1. ¿Fuma usted cigarrillos? Sí No

Si fumas, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

2. ¿Usa usted vape (cigarrillo electrónico)? Sí No

Si usas, ¿cuantas veces al día? _____

3. ¿Alguna vez has probado el alcohol? Sí No

Si has probado, ¿qué tipo de bebidas haz probado? _____

4. ¿Actualmente estás bebiendo alcohol? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de bebidas tomas? _____

¿Cuántos días a la semana tomas? _____

¿Cuántas bebidas tomas durante esos días? _____

5. ¿Alguna vez has probado drogas? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué drogas ha probado? _____

6. ¿Actualmente estás usando drogas o has usado drogas en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué droga(s) estás usando? _____

¿Qué tan a menudo? _____

7. ¿Alguna vez has huído de tu casa o has sido "echado(a)" de tu casa? Sí No

8. ¿Alguna vez has tenido **pensamientos** de hacerte daño? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue la última vez que tuviste esos pensamientos? _____

¿Tenías un plan de cómo hacerte daño? Sí No

Su Nombre: _____ Fecha de la Visita: _____

Si la respuesta es sí, por favor describe tu plan _____

9. ¿Has **tratado** alguna vez de hacerte daño? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cómo trataste de hacerte daño?

¿Cuántas veces has tratado de hacerse daño?

¿Alguna vez has sido internado(a) en el hospital debido a estos intentos? Sí No

¿Has recibido algún tratamiento o medicamentos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué medicamentos? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Todavía estás tomando los medicamentos? Sí No

10. ¿Alguna vez has tenido problemas con la policía? Sí No

11. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales por tu propia voluntad? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales? _____

¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales? _____

¿Tus parejas han sido hombres, mujeres o ambos? _____

12. ¿Alguna vez alguien te ha pedido que poses de una manera sexy para una foto o un video? Sí No

Si te preguntaron, ¿lo tuviste que hacer? Sí No

13. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales sin usar un condón? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales sin usar condones _____

14. ¿Alguna vez has tenido alguna infección de transmisión sexual, como herpes, gonorrea, clamidia o tricomonas? Sí No

15. ¿Alguna vez tu novio o novia o tu pareja te ha lastimado físicamente o amenazado con lastimarte (golpearte, empujarte, patearte, asfixiarte, quemarte o algo más)? Sí No

16. ¿Alguna vez tu novio o novia o tu pareja te ha pedido o forzado a tener relaciones sexuales con otra persona (por ejemplo, un chico le pidió a su novia que tuviera relaciones sexuales con otro chico)?
 Sí No

Su Nombre: _____ Fecha de la Visita: _____

Si te preguntaron, ¿lo tuviste que hacer? Sí No

17. ¿Alguna vez has tenido sexo a cambio de dinero, drogas, un lugar donde quedarte, un teléfono celular o alguna otra cosa? Sí No

18. ¿Alguna vez alguien te ha pedido o te ha forzado a hacer algún acto sexual en público, como bailar en un bar o en un club de striptease? Sí No

Si te preguntaron, ¿lo tuviste que hacer? Sí No

19. ¿Hay algo más que quieras discutir con el médico?

-----**PARA MUJERES SOLAMENTE**-----

20. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período? _____

¿Cuál fue la fecha de tu último período? _____

¿Alguna vez has usado algún tipo de anticonceptivo recetado por un doctor? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

Comentarios Adicionales del Proveedor Médico:

Revisado por: _____ **Fecha:** _____

Su Nombre: _____ Fecha de la Visita: _____

Proveedor Médico

