

# Información Sobre la Salud (16 Años de Edad)

## CONSUMO

- ¿Cuántas onzas de leche tomas al día? \_\_\_\_\_ Onzas    ¿Tipo de leche? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces al día comes? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos snacks por día? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas porciones al **DIA** comes de: \_\_\_\_\_ Queso \_\_\_\_\_ Yogurt
- ¿Cuántas porciones al **DIA** comes de: \_\_\_\_\_ Frutas \_\_\_\_\_ Vegetales \_\_\_\_\_ Granos enteros
- ¿Cuántas porciones a la **SEMANA** comes de: \_\_\_\_\_ Carne \_\_\_\_\_ Frijoles \_\_\_\_\_ Nueces \_\_\_\_\_ Huevos \_\_\_\_\_ Pescado
- ¿Cuántas onzas al **DIA** tomas de: \_\_\_\_\_ Jugo \_\_\_\_\_ Refresco
- ¿Qué tan seguido comes dulces?  15 >x/sem     8-14x/sem     <8x/sem

## OUTPUT

- ¿Cuántas veces al día haces popo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la consistencia? \_\_\_\_\_
- ¿Has visto sangre en la popo?  Sí  No

## SUEÑO

- ¿Hay Televisión o computadora en tu cuarto?  Sí  No
- ¿Vez televisión juegas computadora o celular antes de irse a dormir?  Si  No
- ¿Lees por la noche?  Si  No
- Entre semana: Hora de dormir \_\_\_\_\_ pm    Hora que despierta \_\_\_\_\_ am
- Fin de semana: Hora de dormir \_\_\_\_\_ pm    Hora que despierta \_\_\_\_\_ am
- ¿Algún problema para dormir?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

## SEGURIDAD

- ¿Usas cinturón de seguridad?  Sí  No
- ¿Usas casco?  Sí  No

## ESCUELA

- ¿Con quién estas después de la escuela?  Mamá  Papá  Miembro de familia  Solo
- Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ ¿Qué grado? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo están tus calificaciones? \_\_\_\_\_ Preocupaciones: \_\_\_\_\_
- ¿Qué quieres ser cuando seas grande? \_\_\_\_\_

## DESARROLLO/COMPORTAMIENTO

- Describe tu temperamento \_\_\_\_\_
- ¿Qué pasa cuando te metes en problemas? \_\_\_\_\_

## OTRO

- ¿Cuántas horas de televisión o electrónicos vez al día? Días de escuela \_\_\_ hrs    Días de no escuela \_\_\_ hrs
- ¿Cuántos minutos al día haces actividad física?  0-15min     15-30min     30-60min
- ¿En qué actividades/pasatiempos participas? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces por día te cepillas los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Usas hilo dental? \_\_\_\_\_ por semana
- ¿Cuándo fue la última visita con el dentista? \_\_\_\_\_ ¿Algunas caries?  Si  No
- Lista de medicamentos o vitaminas/suplementos tomas: \_\_\_\_\_
- ¿Necesitas refills de medicamento? \_\_\_\_\_
- Preocupaciones: \_\_\_\_\_

# Lista de Síntomas Pediátricos

## Pediatric Symptom Checklist – PSC

Indique cual sintoma mayor describe a su hijo/a:

|  | Nunca | Algunas Veces | Frecuentemente |
|--|-------|---------------|----------------|
| 1. Es inquieto(a) intranquilo/a, impaciente? | _____ | _____         | _____          |
| 2. Se siente triste, infeliz, preocupado/a   | _____ | _____         | _____          |
| 3. Sueña despierto muy seguido               | _____ | _____         | _____          |
| 4. Se rehusa a compartir                     | _____ | _____         | _____          |
| 5. No comprende los sentimientos de otros    | _____ | _____         | _____          |
| 6. Se siente sin esperanzas                  | _____ | _____         | _____          |
| 7. Tiene problemas para concentrarse         | _____ | _____         | _____          |
| 8. Pelea con otros niños                     | _____ | _____         | _____          |
| 9. Se siente mal de sí mismo(a)              | _____ | _____         | _____          |
| 10. Culpa a otros de sus problemas           | _____ | _____         | _____          |
| 11. Se divierte menos que antes              | _____ | _____         | _____          |
| 12. No respeta las reglas                    | _____ | _____         | _____          |
| 13. Es muy activo(a), tiene mucha energia    | _____ | _____         | _____          |
| 14. Molesta o se burla de otros              | _____ | _____         | _____          |
| 15. Se preocupa mucho                        | _____ | _____         | _____          |
| 16. Toma/agarra cosas que no le pertenecen   | _____ | _____         | _____          |
| 17. Se distrae fácilmente                    | _____ | _____         | _____          |

Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

# Pediatric Symptom Checklist – Patient

Please mark under the heading that best fits you:

Never    Sometimes    Often

- |  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| 1. Fidgety, unable to sit still.....                   | _____ | _____ | _____ |
| 2. Feels sad, unhappy.....                             | _____ | _____ | _____ |
| 3. Daydreams too much.....                             | _____ | _____ | _____ |
| 4. Refuses to share.....                               | _____ | _____ | _____ |
| 5. Does not understand others people's feelings.....   | _____ | _____ | _____ |
| 6. Feels hopeless.....                                 | _____ | _____ | _____ |
| 7. Has trouble concentrating.....                      | _____ | _____ | _____ |
| 8. Fights with other children.....                     | _____ | _____ | _____ |
| 9. Is down on him or herself.....                      | _____ | _____ | _____ |
| 10. Blames others for his or her troubles.....         | _____ | _____ | _____ |
| 11. Seems to have less fun.....                        | _____ | _____ | _____ |
| 12. Does not listen to rules.....                      | _____ | _____ | _____ |
| 13. Acts as if driven by a motor.....                  | _____ | _____ | _____ |
| 14. Teases others.....                                 | _____ | _____ | _____ |
| 15. Worries a lot.....                                 | _____ | _____ | _____ |
| 16. Takes things that do not belong to him or her..... | _____ | _____ | _____ |
| 17. Distracted easily.....                             | _____ | _____ | _____ |

# Cuestionario de Menstruación

**\*(Para mujeres, completar si ya empezó la menstruación)**

¿Cuándo empezaste tu periodo por primera vez? \_\_\_\_\_ años

¿Cuándo fue tu último periodo? \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido tienes tu periodo? Cada \_\_\_\_\_ días

¿Cuántos días dura tu periodo? \_\_\_\_\_ días

¿Cómo es el flujo? (abundante, moderado, ligero) \_\_\_\_\_

¿Te dan dolores? \_\_\_ Siempre \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca

¿Los dolores son severos? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Qué te ayuda a mejorar el dolor? (Tomar medicina, paños tibios, etc.) \_\_\_\_\_

¿Qué usas? \_\_\_ Tampons \_\_\_ Pads \_\_\_ los dos

¿Sabes del síndrome de Shock Tóxico y su causa? \_\_\_ Si \_\_\_ No