

CUESTIONARIO DE SALUD ESTUDIANTIL

Para estudiantes de preparatoria

NOTA: La información que usted incluye en esta hoja es CONFIDENCIAL y no se compartirá con personas fuera de esta clínica sin antes recibir su permiso. La única excepción es si usted está pensando hacerse daño a usted mismo u a otra persona, o si está sufriendo maltrato. Nuestro personal está obligado por ley a reportar esa información. Nosotros también le ayudaremos a usted a conseguir la ayuda que necesita. Queremos que usted llene completamente este cuestionario, pero puede saltar preguntas que prefiere no contestar. Este documento nos ayudará a entregarle a usted la mejor atención posible.

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido(s) Primer Nombre Inicial de segundo nombre

Edad: _____ Grado escolar: _____ Fecha de hoy:: _____

¿Cuál de estas categorías describe mejor a usted? (marque todos los que corresponden) Hombre Mujer Transgénero
 Autoidentificación: _____

¿Es usted hispano/a o latino/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su raza? (Marque todos los que corresponden) <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático
--	---

¿Cuál de estas categorías describe mejor a usted? Heterosexual Gay o lesbian Bisexual No estoy segura/o

HOGAR/ESCUELA

1. ¿Con quién vive usted? (Marque todos los que corresponden)

<input type="checkbox"/> Dos madres	<input type="checkbox"/> Dos padres	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Pasastro	<input type="checkbox"/> Novio/compañero de mi madre	<input type="checkbox"/> Novia/compañera de mi padre
<input type="checkbox"/> Padre o madre sustituto/a	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuelo/a(s)
<input type="checkbox"/> Aunt	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Prima/o	<input type="checkbox"/> Amigo/a
			<input type="checkbox"/> Otro/a _____

2. ¿Con quién siente usted que realmente puede hablar? (Marque todos los que corresponden)

<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Padre o madre	<input type="checkbox"/> Otro adulto _____
<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Maestra/maestro	<input type="checkbox"/> Amigo/a en línea
<input type="checkbox"/> Otro/a _____		<input type="checkbox"/> Otro familiar _____

3a. ¿Tiene dificultades actualmente en su hogar con alguno de los siguientes problemas? (Marque todos los que corresponden)

<input type="checkbox"/> Violencia	<input type="checkbox"/> Problemas con un familiar	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Peleas	<input type="checkbox"/> Padres o guardianes sin trabajo	<input type="checkbox"/> No tengo ninguno de estos problemas

3b. ¿Tiene dificultades actualmente en la escuela con alguno de los siguientes problemas? (Marque todos los que corresponden)

<input type="checkbox"/> Faltar a las clases	<input type="checkbox"/> Notas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Suspendido/a de las clases	<input type="checkbox"/> Acoso escolar / "Bullying" (en persona o por algún medio social)	<input type="checkbox"/> No tengo ninguno de estos problemas

SALUD FÍSICA

4. ¿Usualmente participa en actividades físicas como caminar, andar en patineta, bailar, nadar o jugar baloncesto, por un total de 1 hora cada día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted usualmente mira televisión, participa en juegos de video o pasa tiempo en una computadora, tableta o teléfono inteligente por más de dos horas al día (sin contar el tiempo en la computadora para la escuela o el trabajo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Usualmente come 5 o más porciones de verduras y frutas cada día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Usualmente duerme 8 horas o más cada noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. En los últimos 12 meses, ¿ha visitado usted a un dentista o a una clínica dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿En estos momentos tiene dolor de muela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SEGURIDAD/LESIONES

10. ¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un carro, camión o camioneta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Siempre usa un casco cuando anda en patines, bicicleta, motocicleta, patineta, al esquiar y hacer snowboard?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a mi
12. ¿Envía textos, navega el internet o habla por su teléfono celular mientras maneja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a mi
13. ¿Hay alguien en su hogar, escuela u otro lugar que le ha hecho a usted sentir miedo, que lo ha amenazado o lesionado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Alguna vez ha sufrido maltrato físico, sexual o emocional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Alguna vez en los últimos 12 meses su novio/novia le ha golpeado, cacheteado o hecho daño intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Alguna vez ha portado usted un arma (pistola, navaja, bate, etcétera) para protegerse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Alguna vez ha estado usted en un hogar sustituto (foster), en un hogar de grupo, o ha estado sin casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Alguna vez ha estado encarcelado o en un centro de detención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SENTIMIENTOS/BIENESTAR	
19. ¿Se preocupa o siente usted muy seguido que algo malo puede suceder?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. ¿Muchas veces se siente tensa/o, estresada/o y/o tiene dificultades para relajarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*19. En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces le han molestado alguno de los siguientes problemas?	
a) ¿Poco interés o placer para hacer cosas? <input type="checkbox"/> 0= Ninguno <input type="checkbox"/> 1= Varios días <input type="checkbox"/> 2= Mas de la Mitad de los Días <input type="checkbox"/> 3= Casi Todos los Días	
b) ¿Se siente deprimido, irritado, o sin esperanza? <input type="checkbox"/> 0= Ninguno <input type="checkbox"/> 1= Varios días <input type="checkbox"/> 2= Mas de la Mitad de los Días <input type="checkbox"/> 3= Casi Todos los Días	
20. ¿Alguna vez se ha hecho daño intencionalmente sin querer morir, como al cortarse o quemarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Alguna vez ha pensado seriamente en matarse, ha formulado un plan y /o a intentado matarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIONES/ACTIVIDAD SEXUAL	
22. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (incluyendo sexo vaginal, oral y anal)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó "Sí" a la pregunta número 24, por favor conteste las siguientes preguntas a-c	
a) ¿Usted y su pareja(s) siempre usan condones cuando tienen relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) ¿Usa algún método para prevenir el embarazo? ¿Qué tipos?: <input type="checkbox"/> Depo (la inyección) <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Nexplanon/Implanon <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Marcha atrás (coito interrumpido) <input type="checkbox"/> Anillo <input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Alguna vez ha estado embarazada o ha causado el embarazo de alguien?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d) Durante su vida, ¿con quién ha tenido contacto sexual?	<input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Hombres y mujeres
e) ¿Piensa que usted o su pareja podría tener una enfermedad de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
COMPORTAMIENTO DE SALUD/CONSUMO DE SUSTANCIAS	
23. En los últimos tres meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado tabaco en otra forma (para mascar, rapé, puros, pipa de agua y / o cigarrillos electrónicos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*26. ¿Alguna vez ha sido pasajero/a en un vehículo que manejaba una persona que estaba volada/drogada o que estaba usando alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, usted ha:	
a) tomado algo de alcohol (más de un par de sorbos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) fumado marihuana o hachís?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) usado cualquier otra cosa para volarse/drogarse? ("cualquier otra cosa" incluye drogas ilegales, medicamentos que se pueden comprar con o sin receta médica, y cosas que uno inhala o aspira)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Si usted contestó "Sí" a las preguntas 27, por favor conteste las siguientes preguntas a-e	
a) ¿Alguna vez usa usted alcohol y drogas para relajarse, sentirse mejor sobre sí mismo o para parecerse a los demás?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) ¿Alguna vez consume usted alcohol o drogas cuando está solo/a, sin otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Alguna vez se olvida de lo que hizo cuando estaba usando drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d) ¿Sus familiares o amigos alguna vez le han dicho que usted debe consumir menos alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e) ¿Alguna vez se ha metido en problemas cuando estaba usando alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DESARROLLO/PLANES FUTUROS	
28. ¿Usted tiene inquietudes o preguntas sobre el tamaño o la forma de su cuerpo o su apariencia física? Si contestó que sí, por favor describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. ¿Cuales son sus planes futuros o metas para una profesión o carrera? _____	
30. ¿En términos generales, cuanto se quiere usted? Muy poco 1 2 3 4 5 Mucho	
¿Cómo podemos contactarlo a usted si necesitamos hablar en privado (para darle el resultado de exámenes, etcétera) que no sea por medio de la escuela? Escoja uno: e-mail _____ celular _____ teléfono de un amigo/a _____	

¡GRACIAS!

***PROVIDERS:** These questions are from a validated scale (PHQ-2, CRAFFT) that should be scored, with appropriate follow-up for a positive screen

Repasado por: _____	Fecha: _____
Referido a: _____	

Esta encuesta fue desarrollada por el Departamento de Política y Financiamiento de Salud de Colorado en colaboración con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, El Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado, el Departamento de Salud de Nuevo México, el Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati, AcademyHealth, la Universidad de Nuevo México, Parametrix Group, LLC, y APEX Education. Esta encuesta fue desarrollada para un Proyecto de Mejoramiento de los Centros de Salud Basados en las Escuelas conforme a una concesión de fondos federales del Departamento de Salud de EE.UU. y sus Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Número de Concesión 1Z0C30559-01-00. Sin embargo, esta encuesta y el contenido de la encuesta no necesariamente representan las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., y no se debe suponer ningún respaldo de parte del gobierno federal.

Los estados de Colorado y Nuevo México son partes del Proyecto de Mejoramiento de los Centros de Salud Basados en las Escuelas diseñado para integrar atención de salud basado en las escuelas a un enfoque médico de hogar para mejorar la atención de salud que reciben niños y adolescentes de edad escolar que tienen pocos servicios. El objetivo general del proyecto es

2/12/2015

mejorar la calidad de atención de salud que reciben los menores en los Centros de Salud Basados en las Escuelas. Esta encuesta estará a la disposición de los Centros de Salud Basados en las Escuelas en Colorado y Nuevo México.

Algunas de las preguntas incluidas en esta encuesta fueron adaptadas de las siguientes fuentes: Bright Futures (Academia Americana de Pediatría), División Investigativa de Kaiser Permanente, Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS, Regentes de la Universidad de Michigan), Youth Risk Behavior Survey (YRBS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), CRAFFT (Hospital Infantil de Boston), Pautas para Servicios Preventivos para Adolescentes (Asociación Médica Americana).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. y sus Centros para Servicios de Medicare y Medicaid tienen el derecho no exclusivo o irrevocable, sin regalías, de reproducir, publicar o de otra forma usar y autorizar a otros el uso de esta encuesta con fines del gobierno federal.

El Departamento de Política y Financiamiento de Atención de Salud de Colorado, el Departamento de Salud Pública y el Medioambiente de Colorado, y el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México tienen el derecho no exclusivo o irrevocable, sin regalías, de reproducir, publicar o de otra manera usar y autorizar a otros a usar esta encuesta para su Proyecto de Mejoramiento de los Centros de Salud Basados en las Escuelas, sus extensiones o renovaciones. Esta encuesta podrá ser renovada y actualizada por el Departamento de Política y Financiamiento de Atención de Salud de Colorado y el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México a su propia discreción y en cualquier momento por cualquier motivo, sujeto a los derechos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. y sus Centros para Servicios de Medicare y Medicaid.