



Cuestionario previo a la visita de 15 - 21 años para Paciente

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?	
¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? _____	

¿Cuáles cambios o retos han habido en el hogar desde el año pasado? _____	

Preguntas.	
Audición	¿Tienes dificultad para oír en el teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Tienes dificultad para seguir la conversación cuando 2 ó más personas hablan al mismo tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Tienes dificultad para oír con ruidos de fondo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Pides frecuentemente que las personas repitan lo que dicen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Malinterpreta lo que dicen las personas y responde usted inapropiadamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
*Tuberculosis	¿Naciste en un país con alto riesgo de tuberculosis (países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o Europa Occidental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Has viajado (tenido contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna vez has estado encarcelado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Estás infectado(a) con VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
*Dislipidemia	¿Tienes padres o abuelos que hayan sufrido insuficiencia cardíaca o problema cardíaco antes de la edad de 55 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Tienes un padre con colesterol alto en la sangre (240 mg-dL o más alto), o que esté tomando medicamento para colesterol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Fumas cigarrillos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
Anemia	¿Incluye tu dieta alimentos ricos en hierro tales como carne, huevo, cereales fortificados con hierro, o habichuelas/frijoles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con anemia por deficiencia de hierro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
Alc/Drogas	¿Alguna vez has tomado una bebida alcohólica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna vez has usado marihuana o te has drogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
Las ETS	¿Alguna vez has tenido sexo (incluyendo coito o sexo oral)? (Si responde no, pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna pareja sexual pasada o actual está infectado(a) con VIH/SIDA, o es bisexual, o usa droga inyectada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna vez has sido tratado(a) por una infección transmitida sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Alguna vez has tenido sexo sin protección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
	¿Intercambias sexo por dinero o tienes sexo con alguien que lo hace? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
¿Crees que sientes atracción por: <input type="checkbox"/> muchachos <input type="checkbox"/> muchachas <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)	

Para hembras solamente.

Embarazo	¿La primera vez que tuvo coito fue hace más de 3 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura
	¿Ha estado sexualmente activa sin el uso de un anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura
	¿Ha estado sexualmente activa con período tardío o ausente en los últimos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura
*Anemia	¿Tiene sangrado menstrual muy abundante u otra pérdida de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura
	¿Su período dura más de 5 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura
	¿Hay historia familiar de algún trastorno de coagulación de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy segura

Preguntas adicionales para hombres y mujeres

¿ Ha desarrollado algún familiar suyo ha desarrollado problemas médicos nuevos desde su última visita?

Sí No No estoy seguro(a) En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Han habido cambios importantes en su familia últimamente? No Sí

Mudanza Separación Divorcio Muerte en la familia Cambio de empleo Otro _____

* Vive usted con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman? Sí No

¿Tiene usted alguna necesidad especial de cuidado de salud? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

* Cuales medicamentos usa y la dosis: incluya hierbas medicinales, vitaminas o suplementos. _____

* ¿Cuál es la mejor manera de contactarte? (por favor marque): tel. de casa / tel. celular / tel. de trabajo: _____

* ¿Quiere compartir con nosotros su correo electrónico? _____