

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

12 – 17 años (12 – 17 Years)

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	Año escolar
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda.
Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder.
Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:
Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
6	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
10	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

13	¿Siempre usa casco cuando va en bicicleta, patineta o <i>scooter</i> ? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Alguna vez ha presenciado un acto de abuso o violencia? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente (o ha lastimado usted a alguien)? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Alguna vez lo han intimidado o se sintió inseguro en su escuela o barrio (o lo intimidaron por Internet)? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, deprimido o desesperanzado? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
19	¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Consume o aspira alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, <i>crack</i> , metanfetamina (“ <i>meth</i> ”), éxtasis, etc.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
22	¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Bebe alcohol una vez a la semana o más? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	Si bebe alcohol, ¿bebe hasta emborracharse o desmayarse? <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
25	¿Tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Conduce un automóvil después de beber, o viaja en un automóvil conducido por una persona que ha bebido o consumido drogas? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
Sus respuestas sobre relaciones sexuales o planificación familiar no serán divulgadas a nadie, ni siquiera a sus padres, sin su permiso.					
27	¿Alguna vez lo forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales)? <i>Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 35.</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

30	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
32	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó un método anticonceptivo? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
33	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
34	¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
35	¿Tiene alguna pregunta sobre su orientación sexual (que estás atraído a) o la identidad de género (cómo se siente como un niño, niña, o de otro género)? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
36	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:



Name: _____

Date: _____

Welcome to Omni Family Health!

Cuestionario sobre la salud del paciente - 2 (PHQ-2)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

For office coding: 0 + _____ + _____ + _____

= Total Score _____

Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ-9)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
Total Score: _____		+	+	+
Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremamente difícil



Welcome to Omni Family Health!

Name: _____

Date: _____

GAD - 7				
Durante las <u>ultimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido moletias dedibo a los siguientes problemas? (Marque con un "✓" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
Total Score = _____ (Add the score for each column)				
<p>Scoring Scores of 5, 10, and 15 are taken as the cut-off points for mild, moderate and severe anxiety, respectively. When used as a screening tool, further evaluation is recommended when the score is 10 or greater.</p>				