

Capitola Pediatrics

4145 Clares St., Ste. A Capitola, CA 95010 831-476-1933

Adolescent Questionnaire Questionario de Adolescente

PATIENT NAME/NOBRE DE PACIENTE _____ AGE/EDAD _____ SEX/SEXO _____

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____ EXAM DATE/FECHA DE EXAMEN _____

Thank you for coming to our office for this health review and examination. This questionnaire is strictly confidential and will be read only by yourself and your physician. Your answers will help us know how to advise you on health issues. If you are not sure about an answer, circle the question mark.

	(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>	
1. Do you generally feel happy and healthy? <i>Regularmente te sientes contento a y saludable?</i>	Yes /Si	No ?
2. Do you have any chronic or recurrent health problems? <i>Tienes algún problema crónico o recurrente de la salud?</i>	No	Yes Si ?
3. Are you satisfied with your nutrition and weight? <i>Estas satisfecho con tu nutrición y peso?</i>	Yes /Si	No ?
4. Do you sleep well and have a satisfactory energy level? <i>Duermes bien por la noche y tu nivel de energía te satisface?</i>	Yes /Si	No ?
5. Do you have any habits or behaviors that bother you? <i>Tienes algún hábito o comportamiento que te molesta?</i>	No	Yes Si ?
6. Are you doing well in school? Grade _____ School _____ <i>Vas bien en tus estudios?</i>	Yes /Si	No ?
7. On a scale of 1 (very unsatisfied) to 5 (very satisfied) how do you rate your own present life? <i>En una escala del 1 (muy insatisfechota) al 5 (muy satisfechota) Como te sientes en este momento?</i>	1 2 3 4 5	
8. Have you ever been physically, mentally or sexually abused? <i>Has sido abusado física, mente o sexualmente?</i>	No	Yes Si ?
9. Are you or a close friend or relative involved with any of these: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Pot <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Drugs <input type="checkbox"/> Self-harm <i>Tu alguien amigota o pariente están involucrados/as en algunas de estas cosas? Alcohol Fuma Marihuana Sexo Dragas Daño así mismo/a</i>	No	Yes Si ?
10. Are you, or have you been, sexually active? <i>Esta o Hoz estado sexualmente activo a?</i> * If you are having sex, are you using condoms? <i>Si estas teniendo relaciones, usas condones?</i> * If you are having sex, are you using birth control? <i>Si estas teniendo relaciones, estas usando algún método de protección?</i>	No	Yes Si Yes Si No Yes Si No
11. (For women) Have your menstrual cycles begun yet and do they seem normal? <i>Para mujeres: Tu menstaucion ya comenzó y son normales?</i>	Yes /Si	No
12. Are you allergic to anything, including medications? _____ <i>Tienes alergias a algo, incluyendo medicinas?</i>	No	Yes Si
13. Are you taking any medicines or supplements? _____ <i>Estas tomando alguna medicina o suplementos?</i>	No	Yes Si
14. Do you have any special or unusual talents or activities? _____ <i>Tienes algún talento o actividades? _____??</i>	Yes /Si	No
15. Have there been any major changes, stresses or new health problems in the family recently? <i>Ha tenido algún cambio, estrés o problemas de salud recientemente?</i>	No	Yes Si
16. Do you always use seat belts in the car? <i>Usas el cinturón de seguridad en el carro?</i>	Yes /Si	No
17. Do you drive? <i>Manejas?</i>	No	Yes Si
18. Are there any smokers in your home? <i>Alguien en casa fuma?</i>	No	Yes Si
19. Are there any special questions you would like to ask today? <i>Tienes alguna pregunta que quiera hacer en especial el día de hoy?</i>	Yes /Si	No