

Fecha de hoy: _____
-Today's Date



Name: _____
MRN: _____
DOB: ____/____/____ ID# _____
Sex: M _ F (or place label here)

Evaluación de la salud para adultos jóvenes

(Entre 18 y 21 años) Centro de Salud Basado en la Escuela (SHC, por sus siglas en inglés)

-Young Adult Health Assessment (Ages 18-21) SHC

Por favor, contesta las siguientes preguntas para ayudarnos a conocerte y, juntos, podamos planear la mejor atención para ti. Puedes saltarte cualquier pregunta que te haga sentir incómodo/a.

-Please answer these questions to help us get to know you and together we can plan the best care for you. It's okay to skip any questions you are not comfortable answering.

Entiendo la confidencialidad (privacidad) con respecto a mi información de salud: SÍ NO

-I understand confidentiality (privacy) regarding my health information:

-YES -NO

SALUD FÍSICA, NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD -PHYSICAL HEALTH, NUTRITION AND ACTIVITY

¿Hay ocasiones en las que tu familia no tiene lo suficiente para comer?..... SÍ NO
-Are there times when your family does not have enough food to eat? -YES -NO

¿Has intentado perder o controlar tu peso mediante el vómito inducido o tomando laxantes? SÍ NO
-Have you tried to lose or control your weight by making yourself throw up or by taking laxatives? -YES -NO

¿Qué tan contento/a estás con tu peso? -How happy are you with your weight?
Nada contento/a 0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ Muy contento/a
-Not at all -Very happy

¿Qué clase de ejercicio, deportes o actividades vigorosas disfrutas realizar? _____
-What exercise, sport or strenuous activities do you enjoy doing?

¿Cuántas horas al día ves televisión, te conectas al Internet o juegas videojuegos? _____
-How many hours per day do you watch TV, go on the Internet or play video games?

BIENESTAR EMOCIONAL -EMOTIONAL WELL BEING

¿Con quién vives? _____
-Who do you live with?

¿Hay algo en tu casa, escuela o con tus amigos que te esté haciendo sentir preocupado/a, molesto/a o estresado/a? SÍ NO
-Is there anything at home, school or with friends that is making you feel worried, upset or stressed? -YES -NO

Si es así, ¿qué es? _____
-If yes, what?

¿Te sientes preocupado/a, nervioso/a o asustado/a con frecuencia? SÍ NO
-Do you often feel worried, nervous, or scared? -YES -NO

En las últimas dos semanas, ¿alguno de los siguientes problemas te ha molestado?

-Over the past two weeks, have you been bothered by any of the following problems?

- ¿Has sentido poco interés o placer en hacer cosas?

-Little interest or pleasure in doing things?

(0) Ningún día (1) Varios días (2) Más de la mitad de los días (3) Casi todos los días
-Not at all -Several days -More than half the days -Nearly every day

- ¿Te has sentido triste, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?

-Feeling down, depressed, irritable or hopeless?

(0) Ningún día (1) Varios días (2) Más de la mitad de los días (3) Casi todos los días
-Not at all -Several days -More than half the days -Nearly every day

En los últimos 30 días, ¿ha deseado estar muerto o deseado que podría dormirse y no despertar? SÍ NO

-In the past 30 days, have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up? -YES -NO

En los últimos 30 días, ¿ha pensado realmente en quitarse la vida?..... **SÍ** **NO**
In the past 30 days, have you actually had any thoughts about killing yourself? -YES -NO

¿ALGUNA VEZ ha hecho algo, comenzó a hacer algo o se preparó para hacer algo con el fin de quitarse la vida? **SÍ** **NO**
-Have you EVER done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? -YES -NO

SI CONTESTÓ SÍ - ¿Ocurrió esto en los últimos 3 meses? **SÍ** **NO**
-IF YES - Was this within the past 3 months? -YES -NO

¿Tienes problemas para dormir? (por ejemplo, quedarte dormido/a, despertar durante la noche o tener pesadillas) **SÍ** **NO**
-Do you have problems with sleep? - e.g., falling asleep, waking up at night or nightmares -YES -NO

Te atraen: hombres mujeres ambos ninguno
-Are you attracted to -males -females -both -none

¿Alguna vez te has sentido incómodo/a al ser identificado/a como hombre o mujer? **SÍ** **NO**
-Have you ever felt uncomfortable being identified as male or female? -YES -NO

REDUCCIÓN DEL RIESGO -RISK REDUCTION

¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? **SÍ** **NO**
-Have you ever had sex? -YES -NO

¿Deseas obtener información sobre cómo evitar el embarazo (anticonceptivos) y/o las infecciones de transmisión sexual? **SÍ** **NO**
-Do you want information about how to avoid pregnancy (birth control) and/or sexually transmitted infections? -YES -NO

¿Alguna vez has: fumado cigarrillos/puros/cigarrillos electrónicos/vapor/aspirado tabaco/masticado tabaco? **SÍ** **NO**
-Do you ever smoke cigarettes/cigars, vape, e-cigs snuff or chew tobacco? -YES -NO

Alcohol: una bebida = 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor (un trago)
-Alcohol: one drink = 12 oz beer, 5 oz. wine, 1.5 oz. liquor - one shot

HOMBRES: ¿Cuántas veces durante el último año has consumido 5 o más bebidas en un día? **Ninguna** **1 o más**
-MEN: How many times in the past year have you had 5 or more drinks in a day? -None -1 or more

MUJERES: ¿Cuántas veces durante el último año has consumido 4 o más bebidas en un día? **Ninguna** **1 o más**
-WOMEN: How many times in the past year have you had 4 or more drinks in a day? -None -1 or more

Drogas: Las drogas de uso recreativo incluyen metanfetaminas (speed, cristal), cannabis (marihuana, mota), inhalantes (disolventes de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

-Drugs: Recreational drugs include methamphetamines (speed, crystal), cannabis (marijuana, pot), inhalants (paint thinner, aerosol, glue) tranquilizers (valium), barbiturates, cocaine, ecstasy, hallucinogens (LSD, mushroom), or narcotics (heroin)

¿Cuántas veces durante el último año has utilizado una droga de uso recreativo o has utilizado un medicamento recetado con fines no médicos? **Ninguna** **1 o más**
-How many times in the past year have you used a recreational drug or used a prescription medication for nonmedical reasons? -None -1 or more

ESCUELA Y AMIGOS -SCHOOL AND FRIENDS

Tengo al menos un buen amigo o amiga o un grupo de amigos con los que me siento cómodo/a. **SÍ** **NO**
-I have at least one good friend or group of friends I am comfortable with -YES -NO

¿Qué tan importante es la escuela para ti? (si no estás estudiando, avanza a la siguiente pregunta)
-How important is school to you? (skip if not in school)

Nada importante 0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ Muy importante
-Not important at all -Very important

SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE LESIONES -SAFETY AND INJURY PREVENTION

¿Siempre usas cinturón de seguridad en el coche? **SÍ** **NO**
-Do you always wear a seatbelt in the car? -YES -NO

¿Alguien te está hostigando, acosando o molestando?..... Sí En el pasado NO
-Does anyone bully, harass or pick on you? -YES -In the past -NO

¿Tú o alguien cercano a ti tiene pistolas o armas?..... Sí NO
-Do you or anyone close to you have guns or weapons? -YES -NO

¿Alguna vez alguien te ha lastimado, tocado o tratado, a ti o a cualquier otra persona en tu casa, de una forma que te haya asustado o te haya hecho sentir incómodo/a?.. Sí NO
-Has anyone ever hurt, touched or treated you or anyone in your house in a way that made you feel scared or uncomfortable? -YES -NO

Marca todos los enunciados que sean verdaderos para ti

-Check off all the items that you feel are true for you

- Mantengo comportamientos que apoyan un estilo de vida sano, tales como comer alimentos sanos, mantenerme activo/a y mantenerme a salvo.
-I engage in behavior that supports a healthy lifestyle, such as eating healthy foods, being active, and keeping myself safe.
- Siento que cuento con al menos un adulto responsable en mi vida que se preocupa por mí y a quien puedo acudir si necesito ayuda.
-I feel I have at least one responsible adult in my life who cares about me and who I can go to if I need help.
- Ayudo a otros por mi cuenta o trabajando con un grupo en la escuela, con una organización religiosa o en la comunidad.
-I help others on my own or by working with a group in school, a faith-based organization, or the community.
- Soy capaz de recuperarme de las decepciones de la vida.
-I am able to bounce back from life's disappointments.
- Me siento bien conmigo mismo/a y me gusto a mí mismo/a.
-I feel good about myself and I like myself.
- Me he vuelto más independiente y he tomado más decisiones propias conforme voy creciendo.
-I have become more independent and made more of my own decisions as I have become older.
- Siento que soy especialmente bueno/a para hacer algo en particular, como las matemáticas, el fútbol, el teatro, cocinar o cazar.
-I feel that I am particularly good at doing a certain thing like math, soccer, theater, cooking, or hunting.

Describe:
-Describe

¿Algo más?
-Anything else?

Firma: _____

for office use only (para uso exclusivo de la oficina)
Reviewed by: _____ Date: _____