

# PARENT QUESTIONNAIRE TEEN WELL CHECK

**Dear Parent,**

Because we want to give your teenager the best health care, we are asking your teen to complete a *private* questionnaire. We would like to know if your teen has any questions about health or development, or if your teen has behaviors that could hurt him or herself or others. *We would like parents to complete this separate questionnaire.*

We will try to answer your questions, as well as your teen's questions, during this visit. If we do not have the time to answer all of your questions at this visit, we will arrange follow-up with you soon. Thank you for your help.

*State law permits adolescents to receive confidential care for certain types of medical conditions.*

1. Do you have concerns about your teen's health, behavior or lifestyle?  
If yes, please describe:  Yes  No

---

2. Have there been any major changes or stresses in your family since your last visit? If yes, please describe:  Yes  No

---

3. Have you noticed any recent changes in your teen's behavior: unusual anger or irritability, withdrawal, secrecy, sadness, depression, or problems at school? If yes, please describe:  Yes  No

---

4. Does your child see a dentist at least once a year?  No  Yes
5. Has your child had any serious medical problems since his/her last routine check up?  Yes  No
6. Is your child taking any medications? If yes, please list them:  Yes  No

---

7. Is your child allergic to any medications? If yes, please list:  Yes  No

---

8. Does your teen eat at least 5 servings of fruits and vegetables every day?  No  Yes
9. Do you limit screen time (TV, video games, computer time) to no more than 2 hours a day and have rules about which websites your teen can visit?  No  Yes
10. Does your teen get at least 60 minutes of physical activity on most days of the week?  No  Yes
11. Does your teen usually get at least 8 hours of sleep each night?  No  Yes
12. Does your child have any missing organs (such as eye, kidney, testicle)?  Yes  No
13. Does your teen have blood relatives who have had heart problems (heart attack, stroke, or bypass surgery before age 55 for men or 65 for women)? This includes your child's aunts, uncles, parents, and grandparents.  Yes  No
14. Has your child ever fainted during exercise?  Yes  No
15. Has your child ever had a concussion (serious head injury) or been unconscious?  Yes  No
16. Has anyone who lives in your house or who cares for your child ever had a positive TB (tuberculosis) skin test or active TB?  Yes  No
17. Were you (or any household member) born outside of the United States, or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)?  Yes  No
18. Has your child lived outside the U.S. for more than one month?  Yes  No
19. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?**  No  Yes

If you have any other concerns, please write them here: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Please let us know how to reach you in case we need to call. \_\_\_\_\_  
 Phone/pager number

Good times to call you \_\_\_\_\_  
 E-mail address

Signature \_\_\_\_\_  
 Date

**CLINIC NOTES**

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

## EXAMEN DEL ADOLESCENTE SALUDABLE

**Estimados padres de familia:**

Ya que deseamos brindar a sus hijos adolescentes la mejor atención médica, estamos solicitando a sus hijos adolescentes que llenen un cuestionario *confidencial*. Deseamos saber si sus hijos adolescentes tienen alguna pregunta sobre la salud o el desarrollo, o si sus hijos adolescentes tienen comportamientos que pudieran ser perjudiciales para sí mismos o para los demás. *Deseamos que los padres llenen este cuestionario aparte.*

Durante esta consulta trataremos de contestar sus preguntas y también las de sus hijos adolescentes. Si no tenemos tiempo suficiente en esta consulta para contestar todas sus preguntas, coordinaremos una llamada telefónica de seguimiento próximamente. Muchas gracias por su ayuda.

*Las leyes estatales permiten que los adolescentes reciban cuidado confidencial para cierto tipo de afecciones médicas.*

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación sobre la salud, el comportamiento o el estilo de vida de su hijo adolescente? Si responde sí, indíquela(s):  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ha habido cambios mayores o fuentes de estrés en su familia desde su última consulta? En caso afirmativo, por favor, descríbalos:  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Ha notado algún cambio reciente en la conducta de su hijo adolescente: irritabilidad o ira, retraimiento, reserva, tristeza, depresión o problemas en la escuela? Si responde sí, indíquelo(s):  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Va su hijo al dentista por lo menos una vez al año?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico serio desde su último examen de rutina?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Está tomando su hijo algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumérelos:  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumérelos:   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Su hijo adolescente, ¿come por lo menos 5 porciones de verduras y frutas todos los días?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ¿Limita el tiempo frente a una pantalla (televisión, juegos de video, computadora) a no más de 2 horas al día y tiene reglas sobre qué páginas en Internet puede visitar su hijo adolescente?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. Su hijo adolescente ¿hace por lo menos 60 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 11. Por lo general, su hijo adolescente, ¿duerme por lo menos 8 horas todas las noches?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 12. ¿Le falta a su hijo algún órgano? (tal como un ojo, riñón, testículo)?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Tiene su hijo adolescente algún pariente directo que ha tenido problemas cardíacos (ataque al corazón, derrame cerebral o cirugía de bypass antes de los 55 años en los hombres, y de los 65 años en las mujeres? Aquí se incluyen las tías, los tíos, los padres y los abuelos del niño. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Se ha desmayado alguna vez su hijo haciendo ejercicio?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Ha tenido alguna vez su hijo una concusión (una herida seria en la cabeza) o ha estado inconciente?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o que cuida a su hijo han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Nació usted (o cualquier miembro de la familia) fuera de los Estados Unidos o ha viajado usted recientemente a un país en desarrollo (América Central o del Sur, Asia, o África)?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por más de un mes?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19. <b>¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?</b>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

CLINIC NOTES	
<input type="checkbox"/> Questionnaire reviewed <input type="checkbox"/> Pertinent topics discussed and advice given	
Sign: _____	

Si tiene algún tipo de inquietudes, escríbalas aquí: \_\_\_\_\_

Por favor, déjenos saber cómo contactarlo(a) en caso de que le necesitemos llamar.

\_\_\_\_\_  
No. de teléfono/localizador

\_\_\_\_\_  
Mejor hora para llamarle

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

