

Formulario de Registro de Pacients

Información para el paciente						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:		
Fecha de Nacimiento:			Numero de Seguro Social:			
Si es menor, nombre del tutor y relación con el paciente:						
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="radio"/> Hombre-Mujer <input type="radio"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> No binario Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> ella, ella, la suya <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> no aparece en la lista Nombre preferido: _____ (Parafines de facturación, el nombre que aparece en su gráfico se mostrará como su nombre legal, pero el personal de la oficina hará anotaciones en su gráfico y hará todo lo posible para dirigirse a usted por su nombre preferido)						
Dirección:		<input type="checkbox"/> Sin hogar	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal si es diferente:						
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			
Dirección de correo electrónico:						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Idioma principal: Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Religión:		
Origen étnico:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Indidán nativo <input type="checkbox"/> Negro-afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño asiático-pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Contacto de emergencia						
Apellido, Nombre:			Relación:		Número de teléfono:	
Employment/Empleo						
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado						
Nombre del empleador:			Ocupación:			
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:			
Información de farmacia						
Nombre:		Dirección:		Número de teléfono:		

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A OTROS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que Atiga Family Practice proporcione mi información de salud personal verificada a continuación

- Información de programación/cita
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Información de salud, incluidos los síntomas, el diagnóstico, los medicamentos y el plan de tratamiento con respecto a (* los elementos a continuación deben verificarse o no se puede dar esta información);
 - Abuso de sustancias
 - Sanidad del comportamiento
 - Discapacidad del desarrollo
 - VIH/SIDA
- Resultados de laboratorio/pruebas
- Información de facturación y pago
- Toda la información de salud (* Los elementos de información de salud protegida deben verificarse para dar esta información)

a las siguientes personas/empresas nombradas:

- Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

La autorización expira un año después de la fecha de firma, a menos que se dé una fecha alternativa.

Fecha alternativa de vencimiento: _____

- Entiendo que se requiere mi firma para divulgar mi información personal, para incluir identificación con foto, número de seguro social, información de seguro, demografía e historial médico y tratamiento a otros, excepto en aquellas circunstancias en las que Atiga Family Practice está permitido o requerido por la ley para divulgar esta información. Por ejemplo, Atiga Family Practice puede divulgar copias de esta información a otros proveedores de atención médica, planes de salud, agencias gubernamentales y compañías de compensación de trabajadores. Además, entiendo que Atiga Family Practice está obligado por ley a informar ciertos diagnósticos al Departamento de Salud Pública de California, como convulsiones, cáncer y el diagnóstico de una enfermedad transmisible.
- Entiendo que este permiso permanecerá en vigor hasta la fecha indicada anteriormente o hasta el momento *en que lo revoque por escrito* (un formulario de acuerdo actualizado también revocará la validez de este acuerdo específico).

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Si no es la firma del paciente, indique la relación: _____

Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

ANNUAL MINOR HEALTH HISTORY UPDATE

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de Nacimiento:	Today's Date/Fecha:
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

**Name of person completing form/
Nombre de la persona que completa el formulario:** _____

Relationship to patient/Relación con el paciente:

Parent/Madre o Padre
 Grandparent/Abuela o Abuelo
 Sibling/Hermana o Hermano
 Other relative/Otro pariente
 Guardian/Guardiana oGuardián

Home information/ Información de la casa:

Whom does the patient reside with? / ¿Con quién reside el paciente?

Parent/Madre o Padre
 Grandparent/Abuela o Abuelo
 Sibling/Hermana o Hermano
 Other relative/Otro pariente
 Guardian/Guardiana oGuardián

How many people reside in the home/Cuántas personas residen en el hogar: _____

Parents are/ Los padres' son:
 Married/Casado
 Divorced/Divorciado
 Separated/Apartado
 Deceased/Fallecido

Is there drug, alcohol or smoking in the home?/¿Hay drogas, alcohol o fumar en casa?
 Yes/Sí
 No

Medical Diagnosis/Diagnóstico Médico

Have you been diagnosed with any new conditions since your last office visit?/ ¿Le han diagnosticado alguna afección nueva desde su última visita al consultorio? No

*If yes, please list the date, diagnosis, and the provider or medical group who diagnosed you/
En caso afirmativo, indique la fecha, el diagnóstico y el proveedor o grupo médico que le diagnosticó:*

Date of Diagnosis/ Fecha de diagnóstico	Diagnosis/Diagnóstico	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

Surgeries/Cirugías

Have you had any surgeries since your last office visit? /¿Ha tenido alguna cirugía desde su última visita al consultorio? No

*If yes, please list the date, surgery, and the name of the provider or medical group who performed it/
En caso afirmativo, indique la fecha, la cirugía y el nombre del proveedor o grupo médico que la realizó:*

Date of Surgery/ Fecha de la cirugía	Surgery/Cirugía	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

Hospitalizations/Hospitalizaciones

Have you been hospitalized (admitted as an inpatient) since your last office visit? No

¿Ha sido hospitalizado (admitido como paciente hospitalizado) en algún hospital desde su última visita al consultorio?

*If yes, please list the dates you were admitted, the reason, and the name of the hospital/
En caso afirmativo, indique las fechas en que fue admitido, el motivo y el nombre del hospital:*

ANNUAL MINOR HEALTH HISTORY UPDATE CONTINUED

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de Nacimiento:	Today's Date/Fecha:
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

Dates of Stay / Fechas de estancia	Reason for Hospitalization/ Motivo de la hospitalización	Name of Hospital/ Nombre del Hospital

Vaccinations/ Vacunas:
 No previous vaccinations/ Sin vacunas previas

**** PLEASE PROVIDE OFFICE WITH COPY OF PREVIOUS VACCINATION ****
**** POR FAVOR PROPORCIONE A LA OFICINA UNA COPIA DE LAS VACUNAS ANTERIORES ****
and TB test documents/y documentos de prueba de tuberculosis

Screenings/Proyecciones

Date last completed/Fecha de finalización por última vez _____

Eye exam/Examen de la vista: _____ Hearing Screen/Pantalla de audición: _____
 No previous eye exam/Sin examen ocular previo No previous hearing exam/ Sin examen auditivo previo

Family History/ Historia familiar

Have any family members been diagnosed with the below since your last office visit? / None, /Nada
 ¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con lo siguiente desde su última visita al consultorio?
If yes, please list which family member /En caso afirmativo, indique qué miembro de la familia

Diabetes	
High Blood Pressure/Presión arterial alta	
Heart Disease/ Cardiopatía	
Stroke/ Carrera	
Mental Illness/ Enfermedad mental	
Cancer (Also list type/También tipo de lista)	

Do you have any new concerns you would like to discuss with your provider today? No

Signature/Firma _____



By checking this box, I agree that I am electronically signing this document. / Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

By checking this box, I agree that I have reviewed this document, but prefer to sign the document manually vs electronically. / Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

Provider Signature/Firma del proveedor _____

Evaluación periódica del riesgo de tuberculosis

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

REVISIÓN DE TB SÍNTOMA:

- | | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? | | |
| 1. ¿Tos que ha durado más de 3 semanas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Tos con sangre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Pérdida de peso inexplicable? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Fiebre crónica? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Empapando sudores nocturnos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(NECESITA CXR INMEDIATA Y EVALUACIÓN MÉDICA SI LA RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES)

NUEVOS RIESGOS MÉDICOS DE LA TB PARA LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE TB:

- | Desde su última visita al consultorio, tiene un NUEVO diagnóstico de: | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿VIH? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Cáncer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Insuficiencia renal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O ha comenzado a tomar alguno de los siguientes MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES:

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Prednisona? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Metotrexato? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ciclosporina? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Quimioterapia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Medicamentos para la artritis reumatoide intravenosa, psoriásica o enfermedad de Chron? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

NUEVO RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS:

- | En los últimos 2 años ... | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido contacto con alguien con enfermedad de TB conocida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Has pasado más de 2 semanas en Asia, África, América Latina o Europa del Este? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ha estado encarcelado en prisión o cárcel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Ha estado sin hogar o viviendo en un hotel de ocupación de habitación individual? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Te has inyectado drogas callejeras? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Ha trabajado con personas sin hogar, trabajadores migrantes o consumidores de drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Ha trabajado como trabajador de la salud? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Se necesita una prueba de TB nueva o repetida (Mantoux o análisis de sangre) si la respuesta es SÍ a CUALQUIERA de las preguntas anteriores

REQUERIDO: Documentar los resultados de los pacientes de Mantoux o análisis de sangre en la historia clínica y la base de datos.

Firma del proveedor: _____

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>				Nutrition
2	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</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>				
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>				
5	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>				Physical Activity
6	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</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>				
8	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</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>				
10	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>				
11	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</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>				

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

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>				
14	¿Alguna vez ha presenciado un acto de abuso o violencia? <i>Ever witnessed abuse or violence?</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>				
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>				
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>				Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, deprimido o desesperanzado? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>				Mental Health
19	¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>				Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</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>				
22	¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>				
23	¿Bebe alcohol una vez a la semana o más? <i>Drinks alcohol once a week or more?</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>				
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>				
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>				
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>				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>				
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>				

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

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>				
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>				
32	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó un método anticonceptivo? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</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>				
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>				
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>				
36	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>				Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<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:	

Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – **Adolescente (informe por sí mismo)**

Debe llenarlo el paciente

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tu nombre: _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar su salud y bienestar. Nos gustaría hacerle algunas preguntas para que podamos ayudarlo a estar lo más saludable posible. Desde su nacimiento, ¿en algún momento vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por “O”. Si responde “Sí” a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es “Sí”.

Parte 1	Marcar “Sí” donde corresponda.
¿Alguna vez vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez no se ha sentido apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez ha vivido con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su padre/madre/proveedor de cuidados lo ha insultado, humillado o menospreciado?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados tuvo o actualmente tiene problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no lo protegieron de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vió o escucho que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez vió o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo lo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo golpeó tan fuerte que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo amenazó o actuó de manera que lo atemorizara con que le podía causar daño físico?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez abusaron sexualmente de usted? Por ejemplo, ¿alguna persona lo tocó o le pidió que lo tocara de una manera que no deseaba, o hizo que se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental de su(s) proveedor(es) de cuidados? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas “Sí” aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario.

Teen (Self Report) – Identified

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parte 2	Marcar "Sí" donde corresponda.
¿Alguna vez viste, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez lo han discriminado? (por ejemplo, lo han molestado o lo han hecho sentir inferior o excluido por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia?)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez se ha preocupado por no tener suficiente qué comer o porque la comida se iba a acabar antes de que su padre/madre/proveedor de cuidados pudiera comprar más?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez se ha separado de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vivió con su madre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez lo han detenido, arrestado o encarcelado?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su pareja sentimental ha abusado física o verbalmente de usted o lo ha amenazado (por ejemplo, su novio(a))?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Teen (Self Report) – Identified

Provider Signature: _____

**Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) –
Informe del proveedor de cuidados de adolescentes**

Debe llenarlo el proveedor de cuidados

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Su relación con el niño(a): _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo(a). Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su hijo(a) para que lo podamos ayudar a estar lo más saludable posible.

Desde el nacimiento de su hijo(a), ¿él(ella) vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por “O”. Si responde “Sí” a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es “Sí”.

Parte 1	Marcar “Sí” donde corresponda.
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez el padre/madre/proveedor de cuidados ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Tuvo alguna vez o actualmente tiene el padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados del niño problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no fue protegido de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto a su hijo(a)? <input type="radio"/>	
¿Alguna vez algún adulto en el hogar golpeó tan fuerte a su hijo(a) que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/>	
¿Alguna vez algún adulto en el hogar amenazó a su hijo(a) o actuó de manera que atemorizara a su hijo(a) con que podía causarle daño físico?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo, ¿alguna persona tocó a su hijo(a) o le pidió que tocara a esa persona de una manera que no deseaba, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental del(los) proveedor(es) de cuidados del niño(a)? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas “Sí” aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

Parte 2	Marcar "Sí" donde corresponda.
¿Alguna vez su hijo(a) vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (por ejemplo, lo(la) han molestado o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez usted se ha preocupado por que su hijo(a) no tenía suficiente qué comer o porque la comida se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) se separó de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez han detenido, arrestado o encarcelado a su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido abusado física o verbalmente o ha sido amenazado(a) por su pareja sentimental (por ejemplo, su novio(a))?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

Provider Signature: _____

POR FAVOR COMPLETE EL PHQ-9 Y GAD -7

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de remisión: _____

PHQ-9	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse cansado o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o te has decepcionado a ti mismo o a tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían se han dado cuenta. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVEDAD: Leve = 5-10 Moderado = 10-18 Severo = 19-27	Puntuación total: _____			
Si marcó algún problema, qué tan difícil es estos problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, tome ¿Cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

GAD-7	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado? ¿Le molestan los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total (agregue las puntuaciones de su columna) _____				
Si marcó algún problema, qué tan difíciles son estos los problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, se ocupara de las cosas en ¿Casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

Provider Signature: _____

Date: _____