

**General**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:                        |    |    |
| 2. ¿Te sientes significativamente estresado, ansioso, preocupado, triste o enojado? | No | Sí |

**Nutrición**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 3. ¿Comes 5 o más porciones de fruta y verduras todos los días?   | Sí | No |
| 4. ¿Comes comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.)     | No | Sí |
| 5. ¿Bebes soda, jugo, bebidas energéticas u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana?                                   | No | Sí |
| 6. ¿Tienes alguna inquietud o pregunta sobre el tamaño o la forma de tu cuerpo?   | No | Sí |
| 7. Desde hace un año, ¿has tratado de controlar tu peso forzándote a vomitar, tomando píldoras de dieta, laxantes o pasando hambre? | No | Sí |
| 8. ¿Tomas alguna vitamina o suplemento, incluidas las proteínas en polvo?   | No | Sí |

**Actividades**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 9. ¿Juegas en algún deporte de manera competitiva?   | No | Sí |
| 10. ¿Hay algún historial familiar de problemas cardíacos o muerte repentina?   | No | Sí |
| 11. ¿Has tenido dolor de pecho con actividad, falta de aire, o ritmo cardíaco irregular?   | No | Sí |
| 12. ¿Participas en alguna actividad física (con respiraciones fuertes) al menos por 1 hora al día?   | Sí | No |
| 13. ¿Ves TV, video juegos, o pasas tiempo en la computadora / tableta / teléfono por más de 2 horas al día (sin incluir tiempo de pantalla para la tarea escolar)? | No | Sí |
| 14. ¿Estás durmiendo 8-10 horas por noche?   | Sí | No |

**Higiene bucal**

15. ¿Consultas al dentista al menos dos veces al año?	Sí	No
---	----	----

**Escuela**

16. ¿En que grado estás?		
--------------------------	--	--

17. ¿A qué escuela vas?		
-------------------------	--	--

18. ¿Tienes problemas en la escuela?	No	Sí
--------------------------------------	----	----

19. ¿Tienes un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	No	Sí	No estoy seguro
--	----	----	-----------------

**Estrés social**

20. ¿Te llevas bien con tu familia?	Sí	No
-------------------------------------	----	----

21. ¿Has experimentado intimidación (bullying) en las redes sociales (Facebook, Instagram, Snapchat, etc.)?	No	Sí
---	----	----

**Tuberculosis**

22. ¿Estás en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye personas nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; personas que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa.)	No	Sí	No estoy seguro
---	----	----	-----------------

**Adolescencia***Si es apropiado...*

23. ¿Ya tuviste tu período?	Sí	No
-----------------------------	----	----

24. ¿Tienes alguna pregunta sobre menstruación?	No	Sí
---	----	----

**Verificación de seguridad***Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo preguntas**

25. Siempre llevo puesto el cinturón de seguridad en el coche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

26. Uso un casco cuando patino, ando en patineta, ando en bicicleta, esquío, hago snowboard o cuando estoy en una motocicleta, vehículo todo terreno, minibicicleta o motonieve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

27. Nuestro arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos un arma).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------