

**Whole Child Assessment- Version 2
For 18 - 20 Years**

Por favor conteste todas las preguntas en este formulario lo mejor que pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudarlo a estar saludable. **Puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o si no quiere responderla.** Puedes agregar comentarios para explicar tus respuestas. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que esté siendo lastimado.

1	Persona completando el formulario (<i>Person completing form</i>)	<input type="checkbox"/> Yo (<i>Self</i>)	Si el paciente no pudo completar, ¿quién ayudó a completar los formularios? (<i>Patient unable to complete</i>)		
	¿Vives con...? (<i>Do you live with...?</i>)	<input type="checkbox"/> Padre(s) (<i>Biological</i>) <input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza (<i>Foster</i>)	<input type="checkbox"/> Padrasto(s) (<i>Step</i>) <input type="checkbox"/> Amigo(s) (<i>Friend(s)</i>)	<input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivos (<i>Adopted</i>) <input type="checkbox"/> Otro (<i>Especificar</i>)	
2	Desde la última visita, usted (<i>Since the last visit, have you</i>)	No	Inseguro/a	Si	1 Interval History
	• ¿Ha sido visto en otra clínica? (<i>Seen in another clinic</i>)	No	Inseguro/a	Si	
	• ¿Ha desarrollado una nueva enfermedad? (<i>New illness</i>)	No	Inseguro/a	Si	
	• ¿Ha sido atendido en la sala de emergencias? (<i>ER visit</i>)	No	Inseguro/a	Si	
	• ¿Ha sido hospitalizado? (<i>Hospitalized</i>)	No	Inseguro/a	Si	
3	Desde la última visita, ¿ha habido algún cambio o evento que haya sido estresante, aterrador o perturbador para usted? (<i>Any changes or events stressful, scary, or upsetting to you?</i>)	No	Inseguro/a	Si	
4	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud? <i>En caso afirmativo, describa: (Questions or concerns)</i>	No	Inseguro/a	Si	
5	¿Algún miembro de su familia o contacto cercano tuvo tuberculosis durante su vida? (<i>Tuberculosis exposure</i>)	No	Inseguro/a	Si	10 Tuberculosis
6	¿Naciste en los Estados Unidos? (<i>Born in U.S.</i>)	Si	Inseguro/a	No	
7	¿Usted ha vivido o viajado fuera de los Estados Unidos durante al menos un mes? (<i>Traveled outside U.S. for month+</i>)	No	Inseguro/a	Si	
8	¿Usted se cepilla sus dientes y usa hilo dental dos veces al día? (<i>Brush and floss twice daily</i>)	Mucho	A veces	Nunca	9 Dental
9	En el último año, ¿usted ha tenido dos consultas con el dentista? (<i>In past year seen twice by dentist</i>)	Si	Inseguro/a	No	
10	¿Cuántas porciones de fruta (aproximadamente del tamaño de su puño) come usted cada día? (<i>Servings of fruit each day</i>)	3+	2	0-1	8 Nutrition
11	¿Cuántas porciones de verduras (aproximadamente del tamaño de su puño) come usted cada día? (<i>Servings of vegetables each day</i>)	4+	2-3	0-1	
12	¿Cuántas porciones al día bebe o come usted alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? (<i>Servings a day of calcium-rich foods or drinks</i>)	3+	2	0-1	
13	¿Cuántas veces al día bebe una taza (aproximadamente 8 onzas) de jugo, soda, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas azucaradas? (<i>Cups a day of sweetened drinks</i>)	0-1	2	3+	
14	¿Cuántas veces a la semana desayuna usted? (<i>Times a week eats breakfast</i>)	6-7	3-5	0-2	

15	¿Cuántas veces a la semana come usted alimentos ricos en grasa como fritos, pizza u otras comidas rápidas? <i>(Times a week eats high-fat foods)</i>	0-1	2-3	4+	8 Nutrition	
16	¿Cuántas veces a la semana come usted bocadillos O galletas saladas? <i>(Times a week snacks on chips, pretzels, crackers)</i>	0-1	2-3	4+		
17	¿Cuántas veces a la semana come usted helado, galletas u otros postres? <i>(Times a week eats dessert)</i>	0-1	2-3	4+		
18	¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio o actividad física moderada a intenso (hace que respire con dificultad o suda)? <i>(Times a week exercise)</i>	6-7	3-5	0-2	7 Physical Activity	
19	En aquellos días en los que realiza ejercicio físico o actividad física moderada a intenso, ¿cuántos minutos ejercita? <i>(For how many minutes exercise)</i>	60+	30-59	0-29		
20	¿Tiene usted problemas para quedarse dormido o mantenerse dormido? <i>(Trouble falling or staying asleep)</i>	Nunca	A veces	Mucho	6 Sleep	
21	¿Viviste alguna vez con alguien que te gritaba a menudo ? <i>(At home often shouted or yelled at)</i>	No	Inseguro/a	Si	5 Relationships	
22	¿ Alguna vez vivió usted con alguien que actuó de una manera que te hizo sentir miedo? <i>(At home felt afraid)</i>	No	Inseguro/a	Si		
23	¿Los padres de usted están separados, divorciados o no viviendo juntos? <i>(Parents separated, divorced, not living together)</i>	No	Padre fallecido	Inseguro/a		Si
24	¿Su familia se cuida el uno al otro, se siente cercana y se apoya? <i>(Family close and support each other)</i>	Mucho	A veces	Nunca		
25	¿Sientes que tu familia te ama o cree que eres importante o especial? <i>(Feels family loves and thinks special)</i>	Mucho	A veces	Nunca		
26	¿Tiene a alguien con quien pueda contar para que lo escuche cuando necesita hablar? <i>(Has someone to talk to)</i>	Si	Inseguro/a	No		
27	¿Han arrestado, deportado, ido a la cárcel u otro centro penitenciario su padre o alguien con quien ha vivido usted? <i>(Parent or household member arrested, deported, incarcerated)</i>	No	Inseguro/a	Si		
28	¿Alguna vez ha sido arrestado o ido a la cárcel o a la sala de menores? <i>(Patient arrested or incarcerated)</i>	No	Inseguro/a	Si		
29	¿Tiene alguna pregunta sobre el sexo, la prevención del embarazo o la prevención de infecciones por el sexo oral, vaginal o anal? <i>(Questions about sex)</i>	No	Inseguro/a	Si		
30	En el último año, ¿ha estado sexualmente activo con más de una pareja? <i>(In past year sexually active with more than one partner)</i>	No	Inseguro/a	Si		
31	Antes de los 18 años, ¿alguien te tocó de una manera no deseada o te obligó a tocar a esa persona de manera sexual? <i>(Prior to age 18, unwanted touch or sex)</i>	No	Inseguro/a	Si		
32	Antes de los 18 años, usted ¿sentía a menudo que no tenía suficiente para comer, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? <i>(Prior to age 18, not enough food, clothes, protection)</i>	No	Inseguro/a	Si		
33	En las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le han molestado a usted los siguientes problemas? <i>(Over past 2 weeks- PHQ-2, GAD-2)</i> A1. Poco interés o placer en hacer las cosas A2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado B1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde B2. No poder parar o controlar preocuparse	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	4 Mental Health A: B:
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	

34	Durante los últimos meses , ¿ha pensado usted que estaría mejor muerto o se quiere lastimar? (<i>Past few months thoughts of being dead or hurting self</i>)	No	Inseguro/a	Si	4 Mental Health	
35	¿Algún padre de usted o alguien con quien alguna vez vivió ha tenido depresión, enfermedad mental O suicidio? (<i>Parent or household member depressed, mentally ill or suicidal</i>)	No	Inseguro/a	Si		
36	¿Usted fuma, vaporiza, usa cigarrillos electrónicos, mastica tabaco O pasa tiempo con alguien que lo hace? (<i>Tobacco use or exposure</i>)	No	Inseguro/a	Si	3 Substances	
37	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado usted 4 o más bebidas que contienen alcohol en un día ? (<i>4+drinks in a day</i>)	0	1	2+		
38	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado usted una droga ilegal o ha usado un medicamento recetado por razones no médicas? (<i>In past year times used illegal or prescription drug</i>)	0	1	2+		
39	¿Su padre o alguien con quien alguna vez vivió usted tuvo algún problema con las drogas O el alcohol? (<i>Parent or household member ever had drug or alcohol problem</i>)	No	Inseguro/a	Si	2 Safety	
40	¿Tiene su casa un detector de humo que funcione y un detector de monóxido de carbono? (<i>Home smoke/CO detector</i>)	Si	Inseguro/a	No		
41	¿Alguna vez te olvidaste de usar el cinturón de seguridad? (<i>Ever forgets to wear a seat belt</i>)	No	Inseguro/a	Si		
42	¿Alguna vez te olvidaste de usar un casco cuando estás en patines, una bicicleta, un monopatín o una motocicleta? (<i>Ever forgets to wear a helmet riding</i>)	No	No monto	Si		
43	¿Hay un arma en tu casa o lugar donde vives? (<i>Gun in home?</i>)	No	Inseguro/a	Si		
44	¿Usted alguna vez ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando O amenazándose físicamente? (<i>Seen or heard adults physically threatening each other</i>)	No	Inseguro/a	Si		
45	¿ Alguna vez viviste con alguien que te lastimó físicamente con ira? (<i>Adult at home physically hurt</i>)	No	Inseguro/a	Si		
46	¿Usted alguna vez ha sido intimidado o acosado por Internet, o se ha sentido inseguro en la escuela o en su vecindario? (<i>Bullied, cyber bullied or felt unsafe</i>)	No	Inseguro/a	Si		
47	En el último año , ¿ha tenido miedo de alguien con quien estaba saliendo o tuvo relaciones sexuales? (<i>In past year afraid of someone dating</i>)	No	Inseguro/a	Si		
48	En promedio, ¿qué tan difícil fue para su familia cubrir los gastos para necesidades básicas como comida, ropa y vivienda en el último año ? (<i>Food, clothing, housing in last year</i>)	Nunca	Un poco	A veces	Bastante	Mucho

Si tiene inquietudes, comentarios o preguntas adicionales, describa aquí

Clinic Use Only: circle each question with a positive response, sum number of circled questions													
Child-ACE Exposures:													
	21	22	23	24	25	27	31	32	35	39	44	45	Σ =
PCP's Signature	Print Name										Date		