

**Whole Child Assessment- Version 3  
for 12-17 Years PARENT FORM**

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"/> Padre(s) ( <i>Biological</i> ) <input type="checkbox"/> Padrasto(s) ( <i>Step</i> ) <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivos ( <i>Adopted</i> ) <input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza ( <i>Foster</i> ) <input type="checkbox"/> Amigo(s) ( <i>Friend(s)</i> ) <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Other</i> ) ( <i>Especificar</i> )									
2a	¿En qué grado está su hijo en la escuela? ( <i>What grade</i> )	K	1	2	3	4	5	6	7	1 Interval History	
2b	¿Las calificaciones de su hijo están por debajo del promedio? ( <i>Grades below average</i> )	No	Inseguro/a						Si		
2c	¿Su hijo participa en educación especial o tiene IEP de la escuela/ plan 504? ( <i>In special ed or IEP/504 plan</i> )	No	Inseguro/a						Si		
3	Desde la última visita, su hijo ( <i>Since the last visit...</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se lo ha visto en otra clínica? (<i>Seen in another clinic</i>)</li> <li>• ¿Ha desarrollado una nueva enfermedad? (<i>New illness</i>)</li> <li>• ¿Se lo ha visto en la sala de emergencias? (<i>ER visit</i>)</li> <li>• ¿Ha sido hospitalizado? (<i>Hospitalized</i>)</li> <li>• ¿Se realizó una operación? (<i>Operation</i>)</li> </ul>	No	Inseguro/a						Si		
4	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre el crecimiento o el comportamiento de su hijo? <i>En caso afirmativo, describa: (Questions or concerns)</i>	No	Inseguro/a						Si		10 Tuberculosis
5	¿Un miembro de la familia o contacto cercano ha tenido tuberculosis durante la vida de su hijo? ( <i>Tuberculosis exposure</i> )	No	Inseguro/a						Si		
6	¿Nació su hijo en los Estados Unidos? ( <i>Born in U.S.</i> )	Si	Inseguro/a						No		
7	¿Su hijo 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		9 Dental
8	En el último año, ¿su hijo ha tenido dos consultas con el dentista? ( <i>In past year seen twice by dentist</i> )	Si	Inseguro/a						No		
9	¿Sientes que necesitas gritarle a su hijo? ( <i>Need to shout/yell</i> )	Nunca	A veces						Mucho		5 Relationships
10	¿Los padres de su hijo están separados, divorciados o no viven juntos? ( <i>Parents separated, divorced, not living together</i> )	No	Padres Fallecidos		Inseguro/a				Si		
11	¿Un padre o miembro de la familia fue arrestado, deportado, fue a la prisión, a la cárcel u otra institución correccional durante la vida de su hijo? ( <i>Parent or household member arrested, deported, incarcerated</i> )	No	Inseguro/a						Si		
12	¿Sabe o le preocupa que alguien haya tocado a su hijo o lo haya obligado a tocar a esa persona de manera sexual? ( <i>Unwanted touch or sex</i> )	No	Inseguro/a						Si		4 Mental Health
13	¿ <b>Alguna vez</b> un padre o un miembro de la familia de su hijo estuvo deprimido, mentalmente enfermo, <b>O</b> fue suicida? ( <i>Parent or household member ever depressed, mentally ill, or suicidal</i> )	No	Inseguro/a						Mucho		
14	¿ <b>Alguna vez</b> un padre o miembro de la familia de su hijo tuvo un problema con las drogas <b>O</b> el alcohol? ( <i>Parent or household member ever had drug or alcohol problem</i> )	No	Inseguro/a						Si		3 Substances

## Whole Child Assessment- Version 3 for 12-17 Years PARENT FORM

15	¿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	2 Safety		
16	¿Pasa su hijo tiempo con alguien que porta un arma, o pasa tiempo en una casa donde se guarda una pistola? ( <i>Time around weapon or gun</i> )	No	Inseguro/a	Si			
17	¿Su hijo (como bebé o ya mayor) ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando <b>O</b> amenazándose físicamente? ( <i>Seen or heard adults physically threatening each other</i> )	No	Inseguro/a	Si			
18	¿ <b>Alguna vez</b> ha vivido su hijo con un padre u otro adulto que lo lastimó físicamente? ( <i>Adult at home physically hurt child</i> )	No	Inseguro/a	Si			
19	En promedio, ¿qué tan difícil fue para su familia cubrir los gastos para necesidades básicas como comida, ropa y vivienda en el <b>último año</b> ? ( <i>Food, clothing, housing in last year</i> )	Nunca	Un poco	A veces		Bastante	Mucho
20	¿Le gustaría que alguien le hiciera seguimiento sobre los recursos de la comunidad? ( <i>Follow-up for community resources</i> )	No	Inseguro/a	Si			

*Si tiene inquietudes, comentarios o preguntas adicionales, describa aquí*

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD.

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.

21	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> ) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Espicificar</i> )		
	¿Vives con...? ( <i>Do you live with...?</i> )	<input type="checkbox"/> Padre(s) ( <i>Biological</i> ) <input type="checkbox"/> Padrasto(s) ( <i>Step</i> ) <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivos ( <i>Adopted</i> ) <input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza ( <i>Foster</i> ) <input type="checkbox"/> Amigo(s) ( <i>Friend(s)</i> ) <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Other</i> ) ( <i>Espicificar</i> )			
22	¿Tienes alguna pregunta o inquietud sobre su crecimiento o desarrollo? <i>En caso afirmativo, describa: (Questions or concerns)</i>	No	Inseguro/a	Si	Interval History
23	¿Desde la última visita, ¿ha habido algún cambio o evento que haya sido estresante, aterrador o molesto para usted? ( <i>Any changes or events that were stressful, scary or upsetting to you</i> )	No	Inseguro/a	Si	
24	<b>Chicas,</b> ¿Tienes alguna pregunta o inquietud acerca de su menstruación? ( <i>Girls, any questions about periods</i> )	No	Inseguro/a	Si	
25	¿Usted se cepilla sus dientes dos veces al día con pasta dental con flúor? ( <i>Brush twice daily with fluoride toothpaste</i> )	Mucho	A veces	Nunca	9 Dental
26	¿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
27	¿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	
28	¿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	
29	¿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+	
30	¿Cuántas veces a la semana desayuna usted? ( <i>Times a week eats breakfast</i> )	6-7	3-5	0-2	
31	¿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+	
32	¿Cuántas veces a la semana come usted bocadillos o galletas saladas? ( <i>Times a week snacks chips pretzels, crackers</i> )	0-1	2-3	4+	
33	¿Cuántas veces a la semana come usted helado, galletas u otros postres? ( <i>Times a week eats dessert</i> )	0-1	2-3	4+	

34	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> 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	
35	En aquellos días en los que realiza ejercicio físico o actividad física moderada a intenso, ¿cuántos <b>minutos</b> ejercita? <i>(For how many minutes exercise)</i>	60+	30-59	0-29		
36	Fuera de escuela, ¿cuántas <b>horas al día</b> pasa usted viendo una pantalla (TV, teléfono, computadora, tableta, videojuegos, etc.)? <i>(Outside school, hours a day screen time)</i>	0-1	2+ A veces	2+ Mucho		
37	¿Usted participa en deportes, danza, música, actividades religiosas u otros programas extracurriculares? <i>(Involved in sports, dance, music, religious, other)</i>	Si	Inseguro/a	No	6 Sleep	
38	¿Tiene usted problemas para quedarse dormido o mantenerse dormido? <i>(Trouble falling or staying asleep)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
39	¿Viviste <b>alguna vez</b> con alguien que te gritaba a menudo? <i>(At home often shouted or yelled at)</i>	No	Inseguro/a	Si		5 Relationships
40	¿ <b>Alguna vez</b> vivió usted con alguien que actuó de una manera que te hizo sentir miedo? <i>(At home felt afraid)</i>	No	Inseguro/a	Si		
41	¿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		
42	¿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		
43	¿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		
44	¿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		
45	¿Qué sexo le asignaron al nacer? <i>(Sex assigned at birth)</i>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Inseguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
46	¿Cuál es su identidad de género actual? <i>(Gender identity)</i>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Inseguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
47	¿Te consideras como...? <i>(Do you consider yourself as...)</i>	<input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Inseguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
48	¿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		
49	¿Alguna vez alguien lo han tocado a usted de una manera no deseada o lo han forzado a tocar a esa persona de una manera sexual? <i>(Unwanted touch or sex)</i>	No	Inseguro/a	Si		

50	En las últimas <b>2 semanas</b> , ¿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 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Más de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	4 Mental Health A: B:
51a	En <b>las últimas semanas</b> , ¿ha deseado estar muerto? <i>(Past few weeks wished dead)</i>	No	Inseguro/a	Si		
51b	En <b>la últimas semanas</b> ¿ha sentido que usted o su familia estarían si estuviera muerto? <i>(Felt better if you were dead)</i>	No	Inseguro/a	Si		
51c	En <b>la última semana</b> ¿ha estado pensando en suicidarse? <i>(Thoughts of suicide)</i>	No	Inseguro/a	Si		
51d	¿Alguna vez ha intentado suicidarse? <i>(Tried to commit suicide)</i>	No	Inseguro/a	Si		
52	¿Algún padre de usted o alguien con quien <b>alguna vez</b> vivió ha tenido depresión, enfermedad mental <b>O</b> suicidio? <i>(Parent or household member depressed, mentally ill or suicidal)</i>	No	Inseguro/a	Si		
53	¿Usted fuma, vaporiza, usa cigarrillos electrónicos, mastica tabaco <b>O</b> pasa tiempo con alguien que lo hace? <i>(Tobacco use or exposure)</i>	No	Inseguro/a	Si	3 Substances	
54	¿Tiene usted amigos que bebieron cerveza, vino o alguna bebida que contenga alcohol en <b>el último año</b> ? <i>(Friends who drank in past year)</i>	No	Inseguro/a	Si		
55a	¿Durante los <b>últimos 12 meses</b> , cuántos días has bebido algo más que unos sorbos de cerveza, vino o alguna bebida con alcohol? <i>(Tried alcohol in past year)</i>	0	1	2+		
55b	¿Durante los <b>últimos 12 meses</b> , cuántos días has usado algún tipo de marihuana (cannabis, aceite, cera, para fumar, vaporizar, fumar dosis muy concentradas o “dabs” o en los alimentos) o “marihuana sintética” (como “K2”, “Spice”)? <i>(Tried marijuana in past year)</i>	0	1	2+		
55c	¿Durante los <b>últimos 12 meses</b> , cuántos días has usado algo más para drogarte (como otras drogas ilegales, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas para inhalar, esnifar, vaporizar o inyectarse)? <i>(High using anything in past year)</i>	0	1	2+		
56	¿Alguna vez has viajado en un vehículo (CAR) conducido por alguien (incluido/a tú mismo/a) que estaba drogado o que había consumido alcohol o drogas? <i>(In a car driven by someone under the influence)</i>	No	Inseguro/a	Si		
57	¿Su padre o alguien con quien <b>alguna vez</b> vivió usted tuvo algún problema con las drogas <b>O</b> el alcohol? <i>(Parent or household member ever had drug or alcohol problem)</i>	No	Inseguro/a	Si		
58	¿Alguna vez te olvidaste de usar el cinturón de seguridad? <i>(Ever forget to wear a seat belt)</i>	No	Inseguro/a	Si	2 Safety	
59	¿Alguna vez te olvidaste de usar un casco cuando estás en patines, una bicicleta, un monopatín o una motocicleta? <i>(Ever forget to wear helmet riding)</i>	No	No Monto	Si		
60	¿Pasa usted tiempo cerca de una piscina, río, lago o jacuzzi? <i>(Time near a swimming pool, river, lake, hot tub)</i>	No	Inseguro/a	Si		
61	¿Usted <b>alguna vez</b> ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando <b>O</b> amenazándose físicamente? <i>(Seen or heard adults physically threatening each other)</i>	No	Inseguro/a	Si		

62	¿ <b>Alguna vez</b> viviste con alguien que te lastimó físicamente con ira? <i>(Adult at home physically hurt)</i>	No	Inseguro/a	Si	
63	¿Usted <b>alguna vez</b> 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	
64	En <b>el último año</b> , ¿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	2 Safety

*Si tiene inquietudes, comentarios o preguntas adicionales, describa aquí*

<b><i>Clinic Use Only: circle each question with a positive response, sum number of circled questions</i></b>						
Child-ACE Exposures:	9 or 39 or 40	10	11	41 or 42	12 or 49	$\Sigma =$
	13 or 52	14 or 57	17 or 61	18 or 62	19	
Child-ACE Risks:	1 or 21					$\Sigma =$
Child-ACE Total						$\Sigma =$
PCP's Signature	Print Name			Date		