

Whole Child Assessment- Version 2 for 12 – 17 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>) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro (<i>Especificar</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>Especificar</i>)							
2	¿En qué grado estas? (<i>What grade</i>)	6	7	8	9	10	11	12	1 Interval History
	¿Estás en educación especial O tus calificaciones están por debajo del promedio? (<i>Special ed OR grades below average</i>)		No	Inseguro/a			Si		
3	Desde la última visita, usted (<i>Since the last visit, have you</i>)		No	Inseguro/a			Si		
	• ¿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		
	• ¿Se realizó una operación? (<i>Operation</i>)		No	Inseguro/a			Si		
4	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		
5	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud o desarrollo? <i>En caso afirmativo, describa:</i> (<i>Questions or concerns</i>)		No	Inseguro/a			Si		
	Chicas, ¿tienen alguna pregunta o inquietud acerca de su menstruación? (<i>Girls, any questions about periods</i>)		No	Inseguro/a			Si		
6	¿Algún miembro de su familia o contacto cercano tuvo tuberculosis durante su vida? (<i>Tuberculosis exposure</i>)		No	Inseguro/a			Si		10 Tuberculosis
7	¿Naciste en los Estados Unidos? (<i>Born in U.S.</i>)		Si	Inseguro/a			No		
8	¿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		
9	¿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
10	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		
11	¿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
12	¿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		
13	¿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		
14	¿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+		

15	¿Cuántas veces a la semana desayuna usted? <i>(Times a week eats breakfast)</i>	6-7	3-5	0-2	8 Nutrition	
16	¿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+		
17	¿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+		
18	¿Cuántas veces a la semana come usted helado, galletas u otros postres? <i>(Times a week eats dessert)</i>	0-1	2-3	4+		
19	¿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	
20	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		
21	Fuera del trabajo, ¿cuántas horas al día 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		
22	¿Tiene usted problemas para quedarse dormido o mantenerse dormido? <i>(Trouble falling or staying asleep)</i>	Nunca	A veces	Mucho	6 Sleep	
23	¿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
24	¿ 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		
25	¿Los padres de usted están separados, divorciados o no viviendo juntos? <i>(Parents separated, divorced, not together)</i>	No	Padre fallecido Inseguro/a	Si		
26	¿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		
27	¿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		
28	¿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		
29	¿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		
30	¿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		
31	¿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		
32	¿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		
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:
	A1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3	
	A2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3	
	B1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3	
	B2. No poder parar o controlar preocuparse	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	¿Algun 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	¿Tiene usted amigos que bebieron cerveza, vino o alguna bebida que contenga alcohol en el último año ? <i>(Friends who drank in past year)</i>	No	Inseguro/a	Si		
38	¿Qué hay de usted? - En el último año , ¿usted ha bebido más de unos pocos sorbos de cerveza, vino O alguna bebida que contenga alcohol? <i>(Tried alcohol in past year)</i>	No	Inseguro/a	Si		
39	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+		
40	¿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	
41	¿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		
42	¿Alguna vez te olvidaste de usar el cinturón de seguridad? <i>(Ever forgets to wear a seat belt)</i>	No	Inseguro/a	Si		
43	¿Alguna vez te olvidaste de usar un casco cuando estás en patines, una bicicleta, un monopatín o una motocicleta? <i>(Ever forgets to wear helmet riding)</i>	No	No Monto	Si		
44	¿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		
45	¿Pasa usted tiempo con alguien que lleva un arma, o pasas tiempo en una casa donde se guarda una pistola? <i>(Time around weapon or gun)</i>	No	Inseguro/a	Si		
46	¿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		
47	¿ Alguna vez viviste con alguien que te lastimó físicamente con ira? <i>(Adult at home physically hurt)</i>	No	Inseguro/a	Si		
48	¿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		
49	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		
50	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

<i>Clinic Use Only: circle each question with a positive response, sum number of circled questions</i>												
Child-ACE Exposures:												
23	24	25	26	27	29	32	35	40	46	47	50	$\Sigma =$
PCP's Signature					Print Name					Date		