

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____
Label _____

Cuestionario Para Padres o Guardianes

Este cuestionario es completamente confidencial. Las respuestas van a ser evaluadas sólo por el personal de _____ Sus respuestas podrán servir para estudios futuros, pero en tal caso estos datos serán publicados sin revelar su nombre o identidad. Adaptado de GAPS Guidelines for Adolescent Preventive Services.

Fecha _____
(mes,día,año)

Información del **Adolescente** Genero: Masculino Femenino Edad: _____

Información sobre **Usted** Genero: Masculino Femenino Edad: _____

Indique con cuál de estos grupos étnicos se identifica **Usted**: Latino/Hispano Blanco-No Hispano
 Afro Indígena Nativo Asiático Otro

En que país nació **Usted**? _____

Nombre del adolescente _____

Nombre suyo _____ Tipo de parentesco con el adolescente _____

Número de teléfono de su casa: _____ Otro número/celular/trabajo _____

¿Cuál es el mejor horario para llamarle? _____

¿Cuánto tiempo tiene Ud. viviendo en los Estados Unidos? _____

¿Cuánto tiempo tiene su adolescente viviendo en los Estados Unidos? _____

¿Habla Ud. Inglés? Sí No

Si su respuesta es NO, podría decirnos si alguien le sirve de traductor, su nombre y que relación tiene con Ud.?

Adolescente Otro miembro de la familia Otro (Cuál) _____

Indique cual es su nivel educativo:

Nunca fui a la escuela Parte de la primaria Terminé solo la primaria

Parte de la secundaria/preparatoria Terminé secundaria/preparatoria Universidad o college

¿Cuántas horas a la semana trabaja usted?

No trabajo 10 a 20 horas 20 a 30 horas 30 a 40 horas más de 40 horas

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____

Historial Médico

1. ¿Es su adolescente alérgico a alguna medicina? Sí No

¿A cuál medicina? _____

2. ¿Su adolescente ha sido hospitalizado alguna vez? Sí No

Qué edad tenía _____

Cuál fue la razón _____

3. ¿Su adolescente alguna vez se ha lastimado seriamente? Sí No

Qué edad tenía _____

Cómo se lastimó _____

4. ¿Ha notado cambios en la salud de su adolescente en el último año? Sí No

Indique cuales cambio/s

Diabetes Asma Fiebre Reumática Sobre peso/Obesidad Déficit de atención e hiperactividad

Dislexia Depresión Ansiedad Ataques de pánico Esquizofrenia

Bulimia/Anorexia Otros/Cuáles _____

Información Adicional

5. ¿Con quién vive el adolescente la mayor parte del año? (Marque todas las que sean ciertas)

Ambos padres en la misma casa

Madrastra Madre

Otro pariente adulto _____

Padrastro Padre

Hermanas/edades _____

Solo Guardián Legal

Hermanos/edades _____

Otros/cuáles: _____

6. En estos últimos 12 meses, ¿han habido cambios importantes en su familia? Sí No

(Marque todos los que sean ciertos.)

Matrimonios Alguien perdió el trabajo Enfermedades graves

Nacimientos Mudanzas a otros vecindarios Cambio de escuela o universidad

Separaciones Mudanzas a otro país Muertes

Divorcios Otros/cuáles: _____

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____

7. ¿Sabía que decirle a su adolescente lo importante que él ó ella es para sus padres y su familia le da confianza en sí mismo y lo prepara mejor para el futuro?..... Sí No
¿Se lo dice Ud. con frecuencia? Sí No

8. ¿Cuáles de estas cosas le resultan más difíciles de hablar con su adolescente?
(Marque todos los que sean ciertos.)

- Hablar de sexualidad e infecciones de transmisión sexual
- Hablar de drogas y alcohol
- Hablar de embarazos no planeados
- Hablar de relaciones saludables (amistades y pareja)
- Hablar de cambios hormonales y emocionales durante la adolescencia
- Hablar de la depresión
- Hablar de la influencia de las amistades
- Otras/Cuáles _____
- Ninguna De las anteriores

9. ¿De cuál o cuáles de estos temas mencionados en la pregunta anterior le gustaría recibir mas información? _____

De Ninguno

10. ¿Ha hablado con su hijo/a acerca de la prevención del uso de alcohol y drogas?..... Sí No

11. ¿Piensa que su hijo/a ha usado alguna droga o que consume alcohol?..... Sí No

12. ¿Le gustaría que su hijo/a fuera a la universidad/College? Sí No

13. ¿Han hecho planes para que su hijo/a vaya a la universidad/College? Sí No

14. Si no han hecho planes con respecto a futuros estudios, indique por qué (marque todas las que sean ciertas):

- No tenemos suficiente dinero
- Mi hijo/a quiere trabajar solamente
- Mi hijo/a no está interesado/a
- Otros/cuáles _____

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____

15. ¿Habla usted con su adolescente acerca de sus amistades y promueve relaciones saludables? **Sí** **No**
16. ¿Establece usted límites claros y razonables para su adolescente?
(Por ejemplo su adolescente tiene claro cuando puede salir con sus amigos, entre días de semana. Pero a la vez él ó ella siente que usted entiende y respeta la importancia que tienen sus amigos en esta etapa de su vida) **Sí** **No**
17. ¿Comparte usted con su adolescente sus creencias, valores y posición acerca de las cosas que ocurren en el mundo de hoy?..... **Sí** **No**
18. ¿Mantiene comidas saludables al alcance de su adolescente como lo son las frutas, vegetales y alimentos ricos en fibra?..... **Sí** **No**
19. ¿ Le gustaría tener una consulta con nuestra nutricionista/nutrióloga sobre como mantener una nutrición saludable y balanceada?..... **Sí** **No**
20. ¿Habla acerca de la sexualidad y como prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual con su adolescente?..... **Sí** **No**
21. ¿Qué tan cómodo se siente usted al hablarle a su hijo adolescente sobre: sexo, violencia o drogas? **Muy cómodo** **Más o menos cómodo** **Incómodo**
22. ¿Cree usted respetar la privacidad de su adolescente?..... **Sí** **No**
23. ¿Cómo considera que es la comunicación que tiene con su hijo/a?
 Fácil **Un poco complicada** **Difícil** **Muy difícil** **No tenemos comunicación**
24. ¿Cree usted que alguien en la escuela se burla de su hijo adolescente? **Sí** **No**
 No sé **Mi hijo/a no va a la escuela**
25. ¿Cree usted que su adolescente su burla o acosa a alguien en la escuela?.... **Sí** **No**
 No sé **Mi hijo/a no va a la escuela**

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____

26. ¿Le gustaría tener información sobre grupos/clases de apoyo para padres? Sí No

27. ¿Estaría interesado en asistir a uno de esos grupos?..... Sí No

28. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones en este momento?

Falta de trabajo Falta de dinero Problemas de salud en su familia

Seguridad/violencia No tengo ninguna preocupación en este momento

Otras/cuáles _____

29. Hoy, ¿Quisiera hablarnos sobre algo en especial?..... Sí No

Si su respuesta fue Sí, sobre qué sería? _____

30. ¿Qué es lo que más lo enorgullece de su adolescente? _____

¿Nos permitiría mostrarle su respuesta a la pregunta #30 a su adolescente?..... Sí No

31. ¿Cuáles cree usted que son los desafíos personales más difíciles para su adolescente? _____

32. ¿Hay algo que le gustaría mejorar en su relación con su hijo o hija? Sí No

Si su respuesta fue Sí, ¿Qué le gustaría mejorar? _____

¿Por qué cree que esto está pasando? _____

¿Cuáles son las cosas que le dificultan tener una buena relación con él o ella?

33. ¿Cuáles considera Ud. Que son las cosas más importantes que todos los padres de un adolescente deberían saber? _____

CONFIDENTIAL (DO NOT COPY)/ PARENTS QUESTIONNAIRE

Chart # _____

34. ¿Qué tanto cree usted que su adolescente sabe acerca de la sexualidad?

(prevención de embarazos no deseados, cambios hormonales, etc.)?

Mucho Poco Nada

35. Lo que su adolescente sabe acerca de prevención del embarazo lo aprendió principalmente de:

(Marque sólo una opción)

Los padres/familia La escuela La televisión/medios de comunicación
 Los amigos Otro/cuál _____

36. ¿Sabía usted que el Estado de Minnesota tiene una ley, que permite a los adolescentes ir al médico de manera confidencial (si es para planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones sexuales, ó abuso de drogas y alcohol)? Sí No

37. ¿Está de acuerdo con esta ley?..... Sí No

38. ¿Le gustaría tener mas información acerca de esta ley?..... Sí No

39. Señale las áreas en las que **a usted** le gustaría tener mayor información:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Planificación familiar</u> | <input type="checkbox"/> <u>Infecciones de transmisión sexual</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Desórdenes alimenticios</u> | <input type="checkbox"/> <u>Examen físico completo</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Evaluación de crecimiento y desarrollo</u> | <input type="checkbox"/> <u>Dieta y control saludable del peso</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Reducción de conductas de riesgo</u> | <input type="checkbox"/> <u>Uso de tabaco, alcohol y drogas</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Depresión</u> | <input type="checkbox"/> <u>VIH/SIDA</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Ninguna</u> | |

40. Señale las áreas en las que usted considera que su **hijo/a adolescente** debería tener mayor información:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Planificación familiar</u> | <input type="checkbox"/> <u>Infecciones de transmisión sexual</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Desórdenes alimenticios</u> | <input type="checkbox"/> <u>Examen físico completo</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Evaluación de crecimiento y desarrollo</u> | <input type="checkbox"/> <u>Dieta y control saludable del peso</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Reducción de conductas de riesgo</u> | <input type="checkbox"/> <u>Uso de tabaco, alcohol y drogas</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Depresión</u> | <input type="checkbox"/> <u>VIH/SIDA</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Ninguna</u> | |