Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guidelines for Adolescent Preventive Services
Younger Adolescent Questionnaire

Confidential (Your answers will not be given out.)

Chart# _____

Name_____ Today's Date_____
Last First Middle Initial month day year

Birthdate _____ Grade in School _____ **Boy** or **Girl** (*circle one*) Age _____
month day year

Address_____ City_____State_____Zip_____

Phone Number_____ Pager/Beeper Number_____
area code

What languages are spoken where you live? _____

Are you: ☐ White ☐ African-American ☐ Asian/Pacific Islander
☐ Latino/Hispanic ☐ Native American ☐ Other _____

Medical History

1. Why did you come to the clinic/office today?_____

_____

2. Are you allergic to any medicines?
☐ No ☐ Yes, name of medicine(s): _____ ☐ Not Sure

3. Do you have any health problems?
☐ No ☐ Yes, problem(s): _____ ☐ Not Sure

4. Are you taking any medicine now?
☐ No ☐ Yes, name of medicine(s): _____ ☐ Not Sure

5. Have you been to the dentist in the last year? ..... ☐ No ☐ Yes ☐ Not Sure

6. Have you stayed overnight in a hospital in the last year? ..... ☐ No ☐ Yes ☐ Not Sure

7. Have you ever had any of the problems below?

	Yes	No	Not Sure		Yes	No	Not Sure
Allergies or hay fever	☐	☐	☐	Seizures	☐	☐	☐
Asthma	☐	☐	☐	Cancer	☐	☐	☐
Tuberculosis (TB)	☐	☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐

© 1998 American Medical Association all rights reserved

For Girls Only

8. Have you started having periods? ☐ No ☐ Yes
   a. *If yes*, are your periods regular (once a month) ? ☐ No ☐ Yes
   b. *If yes*, what was the 1st day of your last period? Month _____ Day _____
9. Have you ever been pregnant? ☐ Yes ☐ No

Family Information

10. Who do you live with? (Check all that apply).

☐ Mother	☐ Stepmother	☐ Brother(s)/ages_____
☐ Father	☐ Stepfather	☐ Sister(s)/ages_____
☐ Guardian	☐ Other adult relative	☐ Other/(explain)_____

11. Do you have older brothers or sisters who live away from home? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

12. During the past year, have there been any changes in your family such as: (Check all that apply)

☐ Marriage	☐ Loss of job	☐ Births	☐ Other changes_____
☐ Separation	☐ Moved to a new neighborhood	☐ Serious Illness/Injury	_____
☐ Divorce	☐ A new school	☐ Deaths	_____

Specific Health Issues

13. Please check whether you have questions or are worried about any of the following:

☐ Height	☐ Neck or back	☐ Muscle or pain in arms/legs	☐ Anger or temper
☐ Weight	☐ Breasts	☐ Menstruation or periods	☐ Feeling tired
☐ Eyes or vision	☐ Heart	☐ Wetting the bed	☐ Trouble sleeping
☐ Hearing or earaches	☐ Coughing or wheezing	☐ Trouble urinating or peeing	☐ Fitting in/belonging
☐ Colds/runny or stuffy nose	☐ Chest pain or trouble breathing	☐ Drip from penis or vagina	☐ Cancer
☐ Mouth or teeth or breath	☐ Stomach ache	☐ Wet dreams	☐ HIV/AIDS
☐ Headaches	☐ Vomiting or throwing up	☐ Skin (rash/acne)	☐ Dying
☐ Other_____			

These questions will help us get to know you better. Choose the answer that best describes what you feel or do. Your answers will be seen only by your health care provider and his/her assistant.

Health Profile

Eating/Weight/Body

14. Do you eat fruits and vegetables every day? ☐ No ☐ Yes
15. Do you drink milk and/or eat milk products every day? ☐ No ☐ Yes
16. Do you spend a lot of time thinking about ways to be skinny? ☐ Yes ☐ No
17. Do you do things to lose weight (skip meals, take pills, starve yourself, vomit, etc) ☐ Yes ☐ No
18. Do you work, play, or exercise enough to make you sweat or breathe hard at least 3 times a week? ☐ No ☐ Yes
19. Have you pierced your body (not including ears) or gotten a tattoo? ☐ Yes ☐ No

© 1998 American Medical Association all rights reserved

School

20. Is doing well in school important to you? ☐ No ☐ Yes
21. Is doing well in school important to your family and friends? ☐ No ☐ Yes
22. Are your grades this year worse than last year? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
23. Are you getting failing grades in any subjects this year? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
24. Have you been told that you have a learning problem? ☐ Yes ☐ No
25. Have you been suspended from school this year? ☐ Yes ☐ No

Friends and Family

26. Do you know at least one person who you can talk to about problems? ☐ No ☐ Yes
27. Do you think that your parent(s) or guardian(s) usually listen to you and take your feelings seriously? ☐ No ☐ Yes
28. Have your parents talked with you about things like alcohol, drugs, and sex? ☐ No ☐ Yes ☐ Not Sure
29. Are you worried about problems at home or in your family? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
30. Have you ever thought seriously about running away from home? ☐ Yes ☐ No

Weapons/Violence/Safety

31. Is there a gun, rifle, or other firearm where you live? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
32. Have you ever carried a gun, knife, club, or other weapon to protect yourself? ☐ Yes ☐ No
33. Have you ever been in a physical fight where you or someone else got hurt? ☐ Yes ☐ No
34. Have you ever been in trouble with the police? ☐ Yes ☐ No
35. Have you ever seen a violent act take place at home, school, or in your neighborhood? ☐ Yes ☐ No
36. Are you worried about violence or your safety? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
37. Do you usually wear a helmet and/or protective gear when you rollerblade, skateboard, or ride a bike? ☐ No ☐ Yes
38. Do you always wear a seat belt when you ride in a car, truck, or van? ☐ No ☐ Yes

Tobacco

39. Have you ever tried cigarettes or chewing tobacco? ☐ Yes ☐ No
40. Have any of your close friends ever tried cigarettes or chewing tobacco? ☐ Yes ☐ No
41. Does anyone you live with smoke cigarettes/cigars or chew tobacco? ☐ Yes ☐ No

Alcohol

42. Have you ever tried beer, wine, or other liquor (except for religious purposes)? ☐ Yes ☐ No
43. Have any of your close friends ever tried beer, wine, or other liquor (except for religious purposes)? ☐ Yes ☐ No
44. Have you ever been in a car when the driver has been using drugs or drinking beer, wine or other liquor? ☐ Yes ☐ No
45. Does anyone in your family drink so much that it worries you? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

Drugs

46. Have you ever taken things to get high, stay awake, calm down or go to sleep? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
47. Have you ever used marijuana (pot, grass, weed, reefer, or blunt)? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
48. Have you ever used other drugs such as cocaine, speed, LSD, mushrooms, etc.? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
49. Have you ever sniffed or huffed things like paint, 'white-out', glue, gasoline, etc.? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

© 1998 American Medical Association all rights rerserved

50. Have any of your close friends ever used marijuana, other drugs, or done other things to get high? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
51. Does anyone in your family use drugs so much that it worries you? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

Development/Relationships

52. Are you dating someone or going steady? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
53. Are you thinking about having sex ("going all the way "or "doing it")? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
54. Have you ever had sex? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
55. Have any of your friends ever had sex? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
56. Have you ever felt pressured by anyone to have sex or had sex when you did not want to? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
57. Have you ever been told by a doctor or a nurse that you had a sexually transmitted disease like herpes, gonorrhea, or chlamydia? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
58. Would you like to receive information on abstinence ("how to say no to sex")? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
59. Would you like to know how to avoid getting pregnant, getting HIV/AIDS, or getting sexually transmitted diseases? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

Emotions

60. Have you done something fun during the past two weeks? ☐ No ☐ Yes
61. When you get angry, do you do violent things? ☐ Yes ☐ No
62. During the past few weeks, have you felt very sad or down as though you have nothing to look forward to? ☐ Yes ☐ No
63. Have you ever seriously thought about killing yourself, made a plan, or tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No
64. Is there something you often worry about or fear? ☐ Yes ☐ No
65. Have you ever been physically, emotionally, or sexually abused? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
66. Would you like to get counseling about something that is bothering you? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

Special Circumstances

67. In the past year have you been around someone with tuberculosis (TB)? ☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure
68. In the past year, have you stayed overnight in a homeless shelter, jail, or detention center? ☐ Yes ☐ No
69. Have you ever lived in foster care or a group home? ☐ Yes ☐ No

Self

70. What two words best describe you?

1)_____ 2)_____

71. What would you like to be when you grow up?

_____

72. If you could have three wishes come true, what would they be?

1)_____

2)_____

3)_____

all rights reserved

Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guía de Servicios Preventivos Para los Adolescentes

Cuestionario para Adolescentes Jóvenes

Confidencial **(No le diremos a nadie lo que nos diga)**

Archivo #_____

Nombre_____Fecha de Hoy _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial) mes/día/año

Fecha de Nacimiento_____ Año/Curso Escolar_____ Niño o Niña *(marque con círculo)* Edad_____
mes/día/año

Dirección_____ Ciudad_____ Código Postal/Zip_____

Teléfono ( )_____ Anunciador/Pager/Beeper ( )_____
Código

¿ Cuales idiomas se hablan donde vive Ud.? _____

¿Es Ud.?: ☐ Blanco ☐ Afro-Americano ☐ Asiático/Isleño del Pacífico
☐ Latino/Hispano ☐ Indígena Norteamericano ☐ Otro

Historia Médica

1. ¿Porqué vino al consultorio hoy?_____

_____

2. ¿Tiene alergias a cualquier medicina?
☐ No ☐ Sí, (nombre(s) de la(s) medicina(s):_____) ☐ No estoy seguro
3. ¿Tiene cualquier problema con la salud?
☐ No ☐ Sí, (problema(s): _____) ☐ No estoy seguro
4. ¿Esta tomando medicinas actualmente?
☐ No ☐ Sí, (nombre de la medicina(s):_____) ☐ No estoy seguro
5. ¿En el último año ha consultado al dentista?..... ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
6. En el último año Ha pasado la noche en el hospital?..... ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
7. ¿Alguna vez padeció cualquiera de los siguientes problemas de salud?

	Sí	No	No estoy seguro		Sí	No	No estoy seguro
Alergias o "hay fever".....	☐	☐	☐	Convulsiones/Ataques.....	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	Cáncer	☐	☐	☐
Tuberculosis (TB).....	☐	☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐

Unicamente para Niñas

8. Ha comenzado a tener su período/ la regla? ..... ☐ No ☐ Sí
   a. Si ya comenzó Le viene regularmente (una vez al mes)?..... ☐ No ☐ Sí
   b. Si es el caso, ¿Cual fue el primer día de la última regla?..... Mes ____ Día____
9. ¿Alguna vez ha estado embarazada? ..... ☐ No ☐ Sí

© 1998 American Medical Association all rights reserved

Información Familiar

10. ¿Con quién vive? (Marque todas que sean ciertas).

☐ Madre	☐ Madrastra	☐ Hermanos/edades
☐ Padre	☐ Padrastro	☐ Hermanas/edades
☐ Guardián Legal	☐ Otro pariente adulto	☐ Otra/(explique)

11. ¿Tiene hermanos mayores que no viven en casa?..... ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

12. En el último año Han habido cambios importantes en su familia? (Marque todas que sean ciertas),

☐ Matrimonios	☐ Alguien perdi su empleo	☐ Nacimientos	☐ Otros cambios
☐ Separaciones	☐ Mudanzas a otros vecindarios	☐ Enfermedades graves	
☐ Divorcios	☐ Cambio de escuela	☐ Muertes	

Problemas Específicos de la Salud

13. Por favor, marque a continuación si tiene preguntas o alguna preocupación sobre:

☐ Estatura/desarrollo físico	☐ Cuello o espalda	☐ Músculos o dolor en los brazos/piernas	☐ Enojo o mal genio
☐ Peso	☐ Pechos/senos	☐ Menstruación o la regla	☐ Cansancio
☐ Ojos/la vista	☐ Corazón	☐ Mojarse la cama	☐ Dificultad al dormir
☐ Dificultad para oir o dolor del oído	☐ Tos o le chilla el pecho hacer pipí	☐ Dificultad para orinar o	☐ Su relación con los compañeros
☐ Catarro/moquillo o las narices tapadas	☐ Dolor del pecho o dificultad en respirar	☐ Gota del pene o la vagina	☐ Cáncer
☐ Boca o dientes o aliento	☐ Dolor del estómago	☐ Sueño mojado	☐ VIH/SIDA
☐ Dolores de cabeza	☐ Vómito o náuseas	☐ Piel (salpullido/espinillas)	☐ La muerte

☐ Otro _____

Estas preguntas nos ayudarán a conocerle mejor. Escoja la respuesta que mejor indica lo que siente o hace.
Sus respuestas ser n vistas nicamente por su médico/enfermera y su asistente.

Su Salud

Comer/Peso/Cuerpo

14. ¿Come Ud. frutas y vegetales cada día? ..... ☐ No ☐ Sí
15. ¿Toma Ud. leche y/o come productos lácteos cada día? ..... ☐ No ☐ Sí
16. ¿Gasta mucho tiempo pensando en como adelgazar? ..... ☐ Sí ☐ No
17. ¿Trata de bajar de peso (evita comidas, toma pastillas, ayuna, vomita, eta) ..... ☐ Sí ☐ No
18. ¿Trabaja Ud, juega, o hace suficiente ejercicio como para sudar o respirar fuerte por lo menos 3 veces por semana? ..... ☐ No ☐ Sí
19. Ha perforado su cuerpo (sin incluir las orejas) o ha puesto un tatuaje? ..... ☐ Sí ☐ No

La Escuela

20. ¿Salir bien en sus estudios es importante para Ud.? ..... ☐ No ☐ Sí
21. ¿Salir bien en sus estudios es importante para su familia y sus amigos?..... ☐ No ☐ Sí
22. ¿Sus notas (calificaciones) son peores este año ? ..... ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
23. ¿Está saliendo mal en alguna materia ? ..... ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
24. ¿Le han dicho que tiene dificultad en aprender? ..... ☐ Sí ☐ No
25. ¿Le han suspendido de clases este año?..... ☐ Sí ☐ No

© 1998 American Medical Association all rights reserved

Los Amigos y la Familia

26. ¿Conoce al menos una persona con quien puede hablar si tiene un problema? ☐ No ☐ Sí
27. ¿ Cree Ud. que sus padres o su guardián le escuchan y toman en serio sus sentimientos? ☐ No ☐ Sí
28. ¿Sus padres han hablado con Ud. sobre alcohol, drogas, y sexo ? ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
29. ¿Está preocupado por problemas en su casa o en su familia ? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
30. ¿Alguna vez ha contemplado seriamente fugarse de la casa? ☐ Sí ☐ No

Las Armas/la Violencia/la Seguridad

31. ¿Hay una pistola, rifle u otra arma de fuego en la casa donde vive ? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
32. ¿Alguna vez ha portado una pistola, cuchillo, palo u otra arma para protegerse? ☐ Sí ☐ No
33. ¿Alguna vez ha estado en una pelea donde Ud. u otra persona fue lesionado? ☐ Sí ☐ No
34. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la policía? ☐ Sí ☐ No
35. ¿Alguna vez ha visto un acto de violencia en la casa, la escuela, o en el vecindario? ☐ Sí ☐ No
36. ¿Está Ud. preocupado por la violencia o por su seguridad? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
37. ¿Normalmente usa Ud. un casco y/o equipo protectivo cuando patina ("roller blade," "skateboard", o monta a bicicleta? ☐ No ☐ Sí
38. ¿Siempre usa Ud. el cinturón de seguridad cuando monta en un auto, vehículo de carga, o camioneta? ☐ No ☐ Sí

El Tabaco

39. Ha probado Ud. cigarrillos o tabaco de mascar (rapé)? ☐ Sí ☐ No
40. ¿Alguno de sus mejores amigos ha probado cigarrillos o tabaco de mascar? ☐ Sí ☐ No
41. ¿Alguien con quien vive Ud. fuma cigarrillos/puros o usa tabaco de mascar? ☐ Sí ☐ No

El Alcohol

42. ¿Alguna vez ha probado Ud. cerveza, vino, u otro licor (fuera de propósitos religiosos)? ☐ Sí ☐ No
43. ¿Alguno de sus mejores amigos ha probado cerveza, vino, u otro licor (fuera de propósitos religiosos)? ☐ Sí ☐ No
44. ¿Alguna vez ha estado en un veh culo cuando el motorista ha estado tomando drogas, cerveza, vino, u otro licor? ☐ Sí ☐ No
45. ¿Hay alguien en su familia que toma tanto que le preocupa? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Las Drogas

46. ¿Alguna vez ha tomado sustancias para elevarse, para mantenerse despierto, calmarse, o para dormir? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
47. ¿Alguna vez ha usado marijuana (hierba, pasto, maría, mota, "refer, o pot")? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
48. ¿Alguna vez ha usado otras drogas como la coca na, la metanfetamina "speed", LSD, hongos.? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
49. ¿Alguna vez ha inhalado sustancias: pintura, "white-out", gases de los pegantes o gomas, gasolina? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
50. ¿Alguno de sus mejores amigos ha usado la marijuana, otras drogas o hecho otras cosas para elevarse o sentirse "bien"? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
51. ¿Hay alguien en su familia que usa tanta droga que le preocupa? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

© 1998 American Medical Association all rights reserved

El Desarrollo/Relaciones Personales

52. ¿Tiene novio(a) o esta saliendo con alguien? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
53. ¿Está pensando en tener relaciones sexuales (en hacerlo, tener sexo)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
54. ¿Quisiera recibir información sobre como abstenerse (como decir que "no" a tener sexo)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
55. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
56. ¿Alguno de sus amigos ha tenido relaciones sexuales ya? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
57. ¿Alguna vez ha sido presionado por alguien a tener relaciones o ha tenido relaciones cuando no quería? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
58. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tuvo una enfermedad transmitida sexualmente como el herpes, la gonorrea, o la sífilis? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
59. ¿Quisiera saber como evitar el embarazo, el VIH/SIDA, o una enfermedad "venérea"? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Las Emociones

60. ¿ Ha hecho algo divertido en las últimas dos semanas? ☐ No ☐ Sí
61. ¿Cuando se pone enojado, se hace cosas violentas? ☐ No ☐ Sí
62. ¿Durante las últimas semanas ha sentido muy triste, desanimado, desalentado? ☐ No ☐ Sí
63. ¿Alguna vez ha pensado seriamente en matarse, ha hecho un plan, o ha intentado matarse? ☐ No ☐ Sí
64. ¿Hay algo que le preocupa o teme con frecuencia? ☐ No ☐ Sí
65. ¿Alguna vez ha sido abusado físicamente, emocionalmente, o sexualmente? ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
66. ¿Quisiera hablar con un(a) consejero(a) de algo que le preocupa? ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro

Circunstancias Especiales

67. En este año pasado, ¿Ha pasado tiempo con alguien que tiene la tuberculosis? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
68. En este año pasado, ¿Ha pasado la noche en un albergue, la cárcel, o un centro detención juvenil? ☐ Sí ☐ No
69. ¿Alguna vez ha vivido con padres de crianza, o en una casa juvenil? ☐ Sí ☐ No

Sí Mismo

70. ¿Cuales dos palabras describen mejor a Ud.? 1)_____ 2)_____
71. ¿Que quiere hacer cuando sea adulto?_____
72. Si podrían concederle tres deseos, cuales serían?
    1)_____
    2)_____
    3)_____

Febrero, 1998

© 1998 American Medical Association all rights reserved
AA61:98-794:1500:7/98

Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guidelines for Adolescent Preventive Services

Middle-Older Adolescent Questionnaire

Confidential (Your answers will not be given out.) Chart # _____

Name _____ Date _____
Last First Middle Initial

Date of Birth _____ Grade in School_____ Year in college_____ Sex: Male Female Age _____

Address_____ City _____ Zip _____

Phone number where you can be reached _____ Pager/beeper number_____

What languages are spoken where you live? _____Race _____

Medical History

1. Why did you come to the clinic/office today? _____
2. Do you have any health problems? ☐ Yes ☐ No Problem(s) _____
3. Did you have any health problems in the past 12 months? ☐ Yes ☐ No Problem(s) _____
4. Are you taking any medicine now? ☐ Yes ☐ No Name of medicine _____

For Girls

5. Date when last period started_____ Are your periods regular (monthly)? ..... ☐ No ☐ Yes
Month Date
6. Have you had a miscarriage, an abortion, or live birth in the past 12 months? ..... ☐ Yes ☐ No

Specific Health Issues

7. Please check whether you have questions or are worried about any of the following:

- ☐ Height/weight
- ☐ Blood pressure
- ☐ Diet/food/appetite
- ☐ Future plans/job
- ☐ Skin (rash, acne)
- ☐ Headaches/migraines
- ☐ Dizziness/fainting
- ☐ Eyes/vision
- ☐ Ears/hearing/ear aches
- ☐ Nose
- ☐ Lots of colds
- ☐ Mouth/teeth/breath
- ☐ Neck/back
- ☐ Chest pain/trouble breathing
- ☐ Coughing/wheezing
- ☐ Breasts
- ☐ Heart
- ☐ Stomach ache
- ☐ Nausea/vomiting
- ☐ Diarrhea/constipation
- ☐ Muscle or joint pain in arms/legs
- ☐ Frequent or painful urination
- ☐ Discharge from penis or vagina
- ☐ Wetting the bed
- ☐ Sexual organs/genitals
- ☐ Menstruation/periods
- ☐ Wet dreams
- ☐ Physical or sexual abuse
- ☐ Masturbation
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Trouble sleeping
- ☐ Feeling tired a lot
- ☐ Cancer
- ☐ Dying
- ☐ Sad or crying a lot
- ☐ Stress
- ☐ Anger/temper
- ☐ Violence/personal safety
- ☐ Other (explain)

_____

_____

Health Profile

These questions will help us get to know you better. Choose the answer that best describes what you feel or do. Your answers will be seen only by your health care provider and his/her assistant.

Eating/Weight

8. Are you satisfied with your eating habits? ..... ☐ No ☐ Yes
9. Do you ever eat in secret? ..... ☐ Yes ☐ No
10. Do you spend a lot of time thinking about ways to be thin? ..... ☐ Yes ☐ No
11. In the past year, have you tried to lose weight or control your weight by vomiting, taking diet pills or laxatives, or starving yourself? ..... ☐ Yes ☐ No
12. Do you exercise or participate in sport activities that make you sweat and breathe hard for 20 minutes or more at a time at least three or more times during the week? ..... ☐ No ☐ Yes

School

13. Are your grades this year worse than last year? ..... ☐ Yes ☐ No ☐ Not in school
14. Have you either been told you have a learning problem or do you think you have a learning problem? ..... ☐ Yes ☐ No
15. Have you been suspended from school this year? ..... ☐ Yes ☐ No ☐ Not in school

Friends & Family

16. Do you have at least one friend who you really like and feel you can talk to? ..... ☐ No ☐ Yes
17. Do you think that your parent(s) or guardian(s) *usually* listen to you and take your feelings seriously? ..... ☐ No ☐ Yes
18. Have you ever thought seriously about running away from home? ..... ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure

Turn page

Weapons/Violence/Safety

19. Do you or anyone you live with have a gun, rifle, or other firearm? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
20. In the past year, have you carried a gun, knife, club, or other weapon for protection? ☐ Yes ☐ No
21. Have you been in a physical fight during the *past 3 months*? ☐ Yes ☐ No
22. Have you ever been in trouble with the law? ☐ Yes ☐ No
23. Are you worried about violence or your safety? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
24. Do you usually wear a helmet when you rollerblade, skateboard, ride a bicycle , motorcycle, minibike, or ride in an all-terrain vehicle (ATV)? ☐ No ☐ Yes
25. Do you usually wear a seat belt when you ride in or drive a car, truck, or van? ☐ No ☐ Yes

Tobacco

26. Do you ever smoke cigarettes/cigars, use snuff or chew tobacco? ☐ Yes ☐ No
26. Do any of your close friends ever smoke cigarettes/cigars, use snuff or chew tobacco? ☐ Yes ☐ No
28. Does anyone you live with smoke cigarettes/cigars, use snuff or chew tobacco? ☐ Yes ☐ No

Alcohol

29. In the past month, did you get drunk or very high on beer, wine, or other alcohol? ☐ Yes ☐ No
30. In the past month, did any of your close friends get drunk or very high on beer, wine, or other alcohol? ☐ Yes ☐ No
31. Have you ever been criticized or gotten into trouble because of drinking? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
32. In the past year have you used alcohol and then driven a car/truck/van/motorcycle? ☐ Yes ☐ No ☐ Does not apply
33. In the past year, have you been in a car or other motor vehicle when the driver has been drinking alcohol or using drugs? ☐ Yes ☐ No
34. Does anyone in your family drink or take drugs so much that it worries you? ☐ Yes ☐ No

Drugs

35. Do you ever use marijuana or other drugs, or sniff inhalants? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
36. Do any of your close friends ever use marijuana or other drugs, or sniff inhalants? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
37. Do you ever use non-prescription drugs to get to sleep, stay awake, calm down, or get high? (These drugs can be bought at a store without a doctor's prescription.) ☐ Yes ☐ No
38. Have you ever used steroid pills or shots without a doctor telling you to? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure

Development

39. Do you have any concerns or questions about the size or shape of your body, or your physical appearance? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
40. Do you think you may be gay, lesbian, or bisexual? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
41. Have you ever had sexual intercourse? (How old were you the first time?_____) ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
42. Are you using a method to prevent pregnancy? (Which:_____) ☐ No ☐ Yes ☐ Not active
43. Do you and your partner(s) *always* use condoms when you have sex? ☐ No ☐ Yes ☐ Not active
44. Have any of your close friends ever had sexual intercourse? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
45. Have you ever been told by a doctor or nurse that you had a sexually transmitted infection or disease? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
46. Have you ever been pregnant or gotten someone pregnant? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
47. Would you like to receive information or supplies to prevent pregnancy or sexually transmitted infections? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
48. Would you like to know how to avoid getting HIV/AIDS? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
49. Have you pierced your body (not including ears) or gotten a tattoo? ☐ Yes ☐ No ☐ Thinking about it

Emotions

50. Have you had fun during the past two weeks? ☐ No ☐ Yes
51. During the past few weeks, have you *often* felt sad or down or as though you have nothing to look forward to? ☐ Yes ☐ No
52. Have you ever *seriously* thought about killing yourself, made a plan or actually tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No
53. Have you ever been physically, sexually, or emotionally abused? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
54. When you get angry, do you do violent things? ☐ Yes ☐ No
55. Would you like to get counseling about something you have on your mind? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure

Special Circumstances

56. In the past year, have you been around someone with tuberculosis (TB)? ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
57. In the past year, have you stayed overnight in a homeless shelter, jail, or detention center? ☐ Yes ☐ No
58. Have you ever lived in foster care or a group home? ☐ Yes ☐ No

Self

59. What four words best describe you? _____
60. If you could change one thing about your life or yourself, what would it be? _____

_____

61. What do you want to talk about today? _____

© 1997 American Medical Association all rights reserved
97-892:1.2M:11/97

Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guía De Servicios Preventivos Adolescentes

Cuestionario Mayores Para Adolescentes

Confidencial (No le diremos a nadie lo que tú nos digas) Expediente # _____

Nombre_____ Fecha_____
(apellido) (nombre) (inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____Año Escolar ____Año Universitario _____Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer Edad_____

Dirección_____Ciudad_____Area Postal_____

Teléfono donde te podemos llamar_____Beeper_____

¿Qué idiomas se hablan en tu hogar?_____Raza_____

Historial Médico

1. ¿Por qué viniste hoy a la clínica/oficina? _____
2. ¿Tienes algún problema de salud? ❑ Sí ❑ No Problema(s) _____
3. ¿Hastenido algún problema de salud en el año pasado? ❑ Sí ❑ No
4. ¿Estás tomando alguna medicina ahora? ❑ Sí ❑ No Nombre de la medicina_____

Para Mujeres Jóvenes

5. ¿Cuál fue el primer día de tu última regla? _____ ¿Te viene la regla regularmente cada mes? ..... ❑ No ❑ Sí
6. ¿Has tenido un aborto (natural o provocado) o has tenido un hijo en los ultimos 12 meses? ..... ❑ Sí ❑ No

Sobre La Salud

7. Si tienes alguna pregunta o preocupación sobre alguno de los siguientes temas, márcalos.

❑ Estatura/peso
❑ Alta o baja presión
❑ Dieta/comida/apetito
❑ Planes para el futuro/trabajo
❑ Piel (sarpullido, acné)
❑ Dolores de cabeza/migrañas
❑ Mareos/desmayos
❑ Ojos/visión
❑ Oídos/dolor de oídos
❑ Nariz
❑ Muchos catarros
❑ Boca/dientes/aliento
❑ Cuello/espalda
❑ Dolor de pecho/dificultad al respirar
❑ Tos/te silba el pecho
❑ Senos (el busto)
❑ Corazón
❑ Dolores de estómago
❑ Náusea/vómitos
❑ Diarrea/estreñimiento
❑ Dolor muscular o en las articulaciones
❑ Orinas frecuentemente o tienes dolor al orinar
❑ Secreción del pene o de la vagina
❑ Te orinas en la cama
❑ Organos sexuales/genitales
❑ Menstruación/regla
❑ Eyaculas cuando sueñas (el despertar mojado)
❑ Abuso físico o sexual
❑ Masturbación
❑ VIH/SIDA
❑ No duermes bien
❑ Cansancio todo el tiempo
❑ Cáncer
❑ La muerte
❑ Triste o lloras mucho
❑ Estrés
❑ Enojo/mal humor
❑ Violencia/seguridad personal

❑ Otros (explica) _____
_____

Tu Salud

Estas preguntas nos ayudarán a conocerte mejor. Escoge la respuesta que mejor describe lo que sientes o haces. Tus respuestas sólo las repasan el doctor y su asistente.

Dieta/Peso

8. ¿Estás satisfecho con tus hábitos alimenticios? ..... ❑ No ❑ Sí
9. ¿Comes a escondidas o en secreto de vez en cuando? ..... ❑ Sí ❑ No
10. ¿Te pasas horas pensando en cómo bajar de peso? ..... ❑ Sí ❑ No
11. En el año pasado, ¿trataste de bajar o controlar tu peso haciéndote vomitar, usando pastillas, laxantes o purgantes, o dejando de comer? ..... ❑ Sí ❑ No
12. ¿Haces ejercicios o participas en actividades deportivas tres veces o más durante la semana que te hacen sudar y respirar fuerte y que duran 20 minutos? ..... ❑ No ❑ Sí

© 1997 American Medical Association all rights reserved

Voltee la página

Escuela

13. ¿Tus notas de este año son peores que las del año pasado? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy en la escuela
14. ¿Te han dicho o piensas que tienes problemas para aprender? ❑ Sí ❑ No
15. ¿Te han suspendido de clases en la escuela este año? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy en la escuela

Amistades y Familia

16. ¿Tienes un amigo a quien estimas mucho y con quien puedes hablar de todo? ❑ No ❑ Sí
17. ¿Piensas que tus padres o tus guardianes te escuchan usualmente y te toman tus sentamientos en serio? ❑ No ❑ Sí
18. ¿Alguna vez has pensado seriamente en escaparte de tu casa? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)

Armas/Violencia/Seguridad

19. ¿Alguna de las personas con quien vives tú mismo tiene una pistola, rifle, o alguna otra arma de fuego? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
20. ¿Has portado una pistola, navaja, garrote o alguna otra arma para protegerte en los últimos 12 meses? ❑ Sí ❑ No
21. ¿Has tenido alguna pelea fisica en los últimos 3 meses? ❑ Sí ❑ No
22. ¿Has tenido problemas con la ley? ❑ Sí ❑ No
23. ¿Te preocupa la violencia o tu seguridad? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
24. ¿Usas un casco cuando montas en patines, patineta, bicicleta, motocicleta, miniciclo, trimoto o arenero? ❑ No ❑ Sí
25. ¿Usas el cinturón de seguridad cuando viajas en carro, camión, o camioneta? ❑ No ❑ Sí

Tabaco

26. ¿Fumas cigarrillos/puros, masticas tabaco, o usas "snuff?" ❑ Sí ❑ No
27. ¿Alguno de tus amigos fuma cigarrillos/puros, mastica tabaco, o usa "snuff?" ❑ Sí ❑ No
28. ¿Alguna de las personas con quien vives fuma cigarrillos/puros, mastica tabaco, o usa "snuff?" ❑ Sí ❑ No

Alcohol

29. El mes pasado, ¿tuviste una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica? ❑ Sí ❑ No
30. El mes pasado, ¿alguno de tus mejores amigos tuvo una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica? ❑ Sí ❑ No
31. ¿Alguna vez te han criticado o has tenido problemas porque tomas? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
32. ¿Bebiste alcohol este año pasado, y después manejaste un carro, camión, camioneta o motocicleta? ❑ Sí ❑ No ❑ No aplica
33. ¿Estuviste en un carro o algún otro vehículo este año pasado, en el cual el chofer estaba bebido o había usado drogas? ❑ Sí ❑ No
34. ¿Te preocupas por alguno de tu familia que toma mucho o usa drogas? ❑ Sí ❑ No

Drogas

35. ¿A veces usas marihuana u otras drogas, o inhalas goma o cosas parecidas? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
36. ¿Alguno de tus mejores amigos usa marihuana u otras drogas, o inhala goma o cosas parecidas? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
37. ¿Alguna vez has usado medicinas sin receta médica para poder dormir, estar despierto, calmarte, o ponerte en onda? ❑ Sí ❑ No
(Medicinas que se pueden comprar en cualquier farmacia, sin receta médica)
38. ¿Has usado esteroides en pastilla o como inyección sin receta medica? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)

Desarrollo

39. ¿Te preocupa o quieres más información sobre la forma o tamaño de tu cuerpo, o tu apariencia física? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
40. ¿Crees ser homosexual, lesbiana, o bisexual? ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)

© 1997 American Medical Association all rights reserved

41. ¿Has tenido relaciones sexuales? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
¿Cuántos años tenías la primera vez?_____
42. ¿Estás usando algún método para prevenir el embarazo? ..... ❑ No ❑ Sí ❑ No tengo relaciones
¿Cuál? _____
43. ¿Usas condones cuando siempre tienes relaciones sexuales con tus pareja(s)? ..... ❑ No ❑ Sí ❑ No tengo relaciones
44. ¿Alguno de tus mejores amigos ha tenido relaciones sexuales? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
45. ¿Te ha dicho alguna vez algún doctor o enfermera que tienes una enfermedad o infección que se transmite sexualmente? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
46. ¿Has estado embarazada alguna vez, o has sido tú el que embarazó a alguna joven? .. ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
47. ¿Quieres información o cosas que te ayuden a evitar embarazos, o infecciones transmitidas sexualmente? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
48. ¿Quieres saber cómo evitar contraer el virus del VIH/SIDA? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
49. ¿Te has perforaste (excluyendo las orejas) o recibiste algún tatuaje en el cuerpo? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ Lo estoy pensando

Emociones

50. ¿Te has divertido en las últimas dos semanas? ..... ❑ No ❑ Sí
51. Durante las últimas dos semanas, ¿te has sentido triste con frecuencia, o desganado, o como si no tuvieras nada que buscar en la mañana? ..... ❑ Sí ❑ No
52. ¿Alguna vez has seriamente pensado en el suicidio, hecho planes para hacerlo, o tratado de matarte? ..... ❑ Sí ❑ No
53. ¿Alguna vez te han abusado físicamente, sexualmente, o emocionalmente? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
54. ¿Haces cosas violentas cuando te enojas? ..... ❑ Sí ❑ No
55. ¿Deseas tener una consulta profesional sobre algo que te está molestando? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)

Circunstancias Especiales

56. En los últimos 12 meses, ¿estuviste con alguien que tiene tuberculosis? ..... ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro(a)
57. ¿Te has quedado alguna noche en un refugio para desamparados, cárcel, o prisión juvenil? ..... ❑ Sí ❑ No
58. ¿Has vivido en un hogar adoptivo o una casa para grupos de jóvenes? ..... ❑ Sí ❑ No

Sobre Tu Persona

59. ¿Cuáles son las cuatro palabras que mejor describen cómo eres? _____
60. Si pudieras cambiar algo en tu vida, o en tu persona, ¿qué cosa cambiarías? _____
_____
61. ¿De qué cosas quieres hablar hoy? _____

© 1997 American Medical Association all rights reserved

Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guidelines for Adolescent Preventive Services
Parent/Guardian Questionnaire

Confidential (Your answers will not be given out.)

Date _____

Adolescent's name _____ Adolescent's birthday _____ Age _____

Parent/Guardian name _____ Relationship to adolescent _____

Your phone number: Home _____ Work _____

Adolescent Health History

1. Is your adolescent allergic to any medicines?
   ☐ Yes ☐ No If yes, what medicines? _____

2. Please provide the following information about medicines your adolescent is taking.

Name of medicine	Reason taken	How long taken
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Has your adolescent ever been hospitalized overnight?
   ☐ Yes ☐ No If yes, give the age at time of hospitalization and describe the problem.

Age	Problem
_____	_____
_____	_____

4. Has your adolescent ever had any serious injuries?
   ☐ Yes ☐ No If yes, please explain. _____

5. Have there been any changes in your adolescent's health during the past 12 months?
   ☐ Yes ☐ No If yes, please explain. _____

6. Please check (✓) whether your adolescent ever had any of the following health problems:
   If yes, at what age did the problem start:

	Yes	No	Age		Yes	No	Age
ADHD/learning disability	☐	☐	_____	Headaches/migraines	☐	☐	_____
Allergies/hayfever	☐	☐	_____	Low iron in blood (anemia)	☐	☐	_____
Asthma	☐	☐	_____	Pneumonia	☐	☐	_____
Bladder or kidney infections	☐	☐	_____	Rheumatic fever or heart disease	☐	☐	_____
Blood disorders/sickle cell anemia	☐	☐	_____	Scoliosis (curved spine)	☐	☐	_____
Cancer	☐	☐	_____	Seizures/epilepsy	☐	☐	_____
Chicken pox	☐	☐	_____	Severe acne	☐	☐	_____
Depression	☐	☐	_____	Stomach problems	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____	Tuberculosis (TB)/lung disease	☐	☐	_____
Eating disorder	☐	☐	_____	Mononucleosis (mono)	☐	☐	_____
Emotional disorder	☐	☐	_____	Other: _____	☐	☐	_____
Hepatitis (liver disease)	☐	☐	_____				

7. Does this office or clinic have an up-to-date record of your adolescent's immunizations (record of "shots")?
   ☐ Yes ☐ No ☐ Not sure

Family History

8. Some health problems are passed from one generation to the next. Have you or any of your adolescent's *blood* relatives (parents, grandparents, aunts, uncles, brothers or sisters), living or deceased, had any of the following problems? If the answer is "Yes," please state the age of the person when the problem occurred and his or her relationship to your adolescent.

	Yes	No	Unsure	Age at Onset	Relationship
Allergies/asthma	☐	☐	☐	_____	_____
Arthritis	☐	☐	☐	_____	_____
Birth defects	☐	☐	☐	_____	_____
Blood disorders/sickle cell anemia	☐	☐	☐	_____	_____

© 1997 American Medical Association all rights reserved

AA59:97-894:11/97

	Yes	No	Unsure	Age at Onset	Relationship
Cancer (type_____)	☐	☐	☐	_____	_____
Depression	☐	☐	☐	_____	_____
Diabetes	☐	☐	☐	_____	_____
Drinking problem/alcoholism	☐	☐	☐	_____	_____
Drug addiction	☐	☐	☐	_____	_____
Endocrine/gland disease	☐	☐	☐	_____	_____
Heart attack or stroke *before* age 55	☐	☐	☐	_____	_____
Heart attack or stroke *after* age 55	☐	☐	☐	_____	_____
High blood pressure	☐	☐	☐	_____	_____
High cholesterol	☐	☐	☐	_____	_____
Kidney disease	☐	☐	☐	_____	_____
Learning disability	☐	☐	☐	_____	_____
Liver disease	☐	☐	☐	_____	_____
Mental health	☐	☐	☐	_____	_____
Mental retardation	☐	☐	☐	_____	_____
Migraine headaches	☐	☐	☐	_____	_____
Obesity	☐	☐	☐	_____	_____
Seiures/epilepsy	☐	☐	☐	_____	_____
Smoking	☐	☐	☐	_____	_____
Tuberculosis/lung disease	☐	☐	☐	_____	_____

9. With whom does the adolescent live most of the time? *(Check all that apply.)*

☐ Both parents in same household
☐ Mother
☐ Father
☐ Other adult relative
☐ Stepmother
☐ Stepfather
☐ Guardian
☐ Brother(s)/ages _____
☐ Sister(s)/ages _____
☐ Other _____
☐ Alone

10. In the past year, have there been any changes in your family? *(Check all that apply.)*

☐ Marriage
☐ Separation
☐ Divorce
☐ Loss of job
☐ Move to a new neighborhood
☐ A new school or college
☐ Births
☐ Serious illness
☐ Deaths
☐ Other _____

Parental / Guardian Concerns

11. Please review the topics listed below. Check(✓) if you have a concern about your adolescent.

	Concern About My Adolescent		Concern About My Adolescent
Physical problems	☐	Guns/weapons	☐
Physical development	☐	School grades/absences/dropout	☐
Weight	☐	Smoking cigarettes/chewing tobacco	☐
Change of appetite	☐	Drug use	☐
Sleep patterns	☐	Alcohol use	☐
Diet/nutrition	☐	Dating/parties	☐
Amount of physical activity	☐	Sexual behavior	☐
Emotional development	☐	Unprotected sex	☐
Relationships with parents and family	☐	HIV/AIDS	☐
Choice of friends	☐	Sexual transmitted diseases (STDs)	☐
Self image or self worth	☐	Pregnancy	☐
Excessive moodiness or rebellion	☐	Sexual identity (heterosexual/homosexual/bisexual)	☐
Depression	☐	Work or job	☐
Lying, stealing, or vandalism	☐	Other: _____	☐
Violence/gangs	☐		

12. What seems to be the greatest challenge for your teen? _____

13. What is it about your teen that makes you proud of him or her? _____

14. Is there something on your mind that you would like to talk about today?

What is it? _____

15. Can we share your answers to Question 13 with your teen? ☐ Yes ☐ No

© 1997 American Medical Association all rights reserved

Several tools have been designed to support implementing the American Medical Association's (AMA) Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) program in your clinical setting. The six forms include the Younger Adolescent Questionnaire in English and Spanish, Middle-Older Adolescent Questionnaire in English and Spanish, and the Parent/Guardian Questionnaire in English and Spanish. The GAPS Recommendations Monograph is also included for your information and reference. The questionnaires and monograph are considered master copies that you can reproduce but not alter, modify, or revise without the expressed written consent of the Child and Adolescent Health Program at the American Medical Association.

Guía De Servicios Preventivos Para Los Adolescentes

Cuestionario Para Padres o Guardianes

Confidencial (No le diremos a nadie lo que nos diga)

Fecha _____

Nombre del adolescente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del Padre o Guardián _____ Su relación con el adolescente _____

Su número de teléfono: de casa (_____) _____ del trabajo (_____) _____

Historial Médico del Adolescente

1. ¿Es su adolescente alérgico a alguna medicina?
   ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es *Sí*, ¿a cuál medicina? _____

2. Por favor, díganos qué medicinas está tomando su adolescente.

Nombre de la medicina	Razón para tomarla	Cuánto tiempo tiene tomándola

3. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su adolescente?
   ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es *Sí*, escriba la edad que tenía y explique cuál era el problema.

Edad	Problema

4. ¿Su adolescente alguna vez se ha lastimado seriamente?
   ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es *Sí*, por favor explique. _____

5. ¿Ha notado cambios en la salud de su adolescente en los últimos 12 meses?
   ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es *Sí*, por favor explique. _____

6. Por favor, marque (✓) si su adolescente alguna vez padeció de alguno de los siguientes problemas de salud. Si su respuesta es *Sí*, marque cuántos años tenía cuando comenzó el problema.

	Sí	No	Edad		Sí	No	Edad
Problemas de aprendizaje/ADHD	❑	❑	_____	Dolores de Cabeza/Migrañas	❑	❑	_____
Alergias	❑	❑	_____	Falta de Hierro en la Sangre (anemia)	❑	❑	_____
Asma	❑	❑	_____	Pulmonía	❑	❑	_____
Infección de la vejiga o de los riñones	❑	❑	_____	Fiebre reumática o enfermed del corazón	❑	❑	_____
Enfermedad de la Sangre	❑	❑	_____	Escoliosis (columna vertebral curva)	❑	❑	_____
Cáncer	❑	❑	_____	Convulsiones/Epilepsia	❑	❑	_____
Varicela	❑	❑	_____	Acné	❑	❑	_____
Depresión	❑	❑	_____	Problemas Estomacales	❑	❑	_____
Diabetes	❑	❑	_____	Tuberculosis/enfermedad del pulmón	❑	❑	_____
Problemas Alimenticios	❑	❑	_____	Mononucleosis	❑	❑	_____
Problemas Emocionales	❑	❑	_____	Otra(s): _____	❑	❑	_____
Hepatitis (enfermedad del hígado)	❑	❑	_____				

7. ¿Tiene esta clínica toda la información sobre las vacunas de su adolescente?
   ❑ Sí ❑ No ❑ No estoy seguro

Historial Familiar

8. Algunos problemas de salud se pasan de generación a generación. ¿Hay alún pariente biológico, de su adolescente (padres, abuelos, tíos, o hermanos), que haya tenido alguna de las siguientes enfermedades? Incluya parientes vivos y difuntos. Si la respuesta es *Sí*, marque cuántos años tenía la persona cuando empezó el problema y su relación con su adolescente.

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Alergias/Asma	❑	❑	❑	_____	_____
Artritis	❑	❑	❑	_____	_____
Defectos de Nacimiento	❑	❑	❑	_____	_____
Enfermedad de sangre	❑	❑	❑	_____	_____
Cáncer (de qué tipo_____)	❑	❑	❑	_____	_____

© 1997 American Medical Association all rights reserved

Voltee la página

Confidencial Nombre _____

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Depresión	❑	❑	❑	_____	_____
Diabetes	❑	❑	❑	_____	_____
Problema con la bebida/Alcoholismo	❑	❑	❑	_____	_____
Adicción a drogas	❑	❑	❑	_____	_____
Enfermedad del sistema endocrino	❑	❑	❑	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias antes de los 55 años	❑	❑	❑	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias después de los 55 años	❑	❑	❑	_____	_____
Presión Alta	❑	❑	❑	_____	_____
Alto Nivel de Colesterol	❑	❑	❑	_____	_____
Enfermedad de los Riñones	❑	❑	❑	_____	_____
Problemas de Aprendizaje	❑	❑	❑	_____	_____
Enfermedad del Hígado	❑	❑	❑	_____	_____
Salud Mental	❑	❑	❑	_____	_____
Retardo Mental	❑	❑	❑	_____	_____
Migrañas	❑	❑	❑	_____	_____
Obesidad	❑	❑	❑	_____	_____
Convulsiones/Epilepsia	❑	❑	❑	_____	_____
Fumar	❑	❑	❑	_____	_____
Tuberculosis/enfermedad del pulmón	❑	❑	❑	_____	_____

9. ¿Con quién vive el adolescente la mayor parte del año? (Marque todas las que sean ciertas)
   - ❑ Ambos padres en la misma casa
   - ❑ Madre
   - ❑ Padre
   - ❑ Otro pariente adulto
   - ❑ Madrastra
   - ❑ Padrastro
   - ❑ Guardián Legal
   - ❑ Hermanos/edades _____
   - ❑ Hermanas/edades _____
   - ❑ Otra persona _____
   - ❑ Solo

10. En estos últimos 12 meses, ¿han habido cambios importantes en su familia? (Marque todos los que sean ciertos.)
    - ❑ Matrimonios
    - ❑ Separaciones
    - ❑ Divorcios
    - ❑ Alguien perdió el trabajo
    - ❑ Mudanzas a otros vecindarios
    - ❑ Cambio de escuela o universidad
    - ❑ Nacimientos
    - ❑ Enfermedades graves
    - ❑ Muertes
    - ❑ Otros _____

Preocupaciones de los padres o guardián

11. Por favor, fíjese en los temas que le damos a continuación. Marque (✓) si tiene usted alguna preocupación sobre algún tema con respecto a su adolescente.

	Me preocupa		Me preocupa
Problemas físicos	❑	Pistolas/armas	❑
Desarrollo físico	❑	Malas notas escolares/ausencias/abandono de estudios	❑
Peso	❑	Fumar cigarrillos/mascar tabaco	❑
Cambios en su apetito	❑	Uso de drogas	❑
Hábitos de dormir	❑	Uso de bebidas alcohólicas	❑
Hábitos de comer/nutrición	❑	Noviazgos/Fiestas	❑
La cantidad de actividad física	❑	Conducta sexual	❑
Desarrollo emocional	❑	Relaciones sexuales sin protección	❑
Su relación con sus padres y familia	❑	VIH/SIDA	❑
Tipo de amigos que tiene	❑	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	❑
Auto-proyección o auto-estima	❑	El embarazo	❑
Cambios exagerados de carácter o rebelión	❑	Identidad Sexual (heterosexual, homosexual, bisexual)	❑
Depresión	❑	El trabajo u ocupación	❑
Mentir, robar, o vandalismo	❑	Otra _____	
Violencia/pandillas	❑		

12. ¿Cuáles son los retos personales más difíciles para su adolescente? _____
13. ¿Qué lo enorgullece de su adolescente ? _____
14. Hoy, ¿Quisiera hablarnos sobre algo en especial? ¿Que? _____
15. ¿Nos permite mostrarle a su adolescente su respuesta a la Pregunta #13? ❑ Sí ❑ No

© 1997 American Medical Association all rights reserved