



S O U T H E R N O R E G O N
P E D I A T R I C S

Nombre _____ Fecha _____ Evaluación – Hombre 13 y 14 años de edad

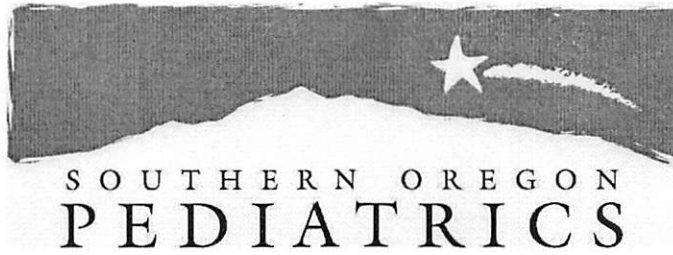
Preguntas para los padres

	Si	No	Inseguro
1. ¿Cree usted que su hijo tiene problemas con su visión?			
2. ¿Tiene la preocupación de que su hijo tiene pérdida de audición?			
3. ¿Hay algún miembro de la familia o de contacto que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?			
4. ¿Nació su hijo en un país de alto riesgo para la tuberculosis (países distintos de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?			
5. ¿Ha viajado su hijo durante más de 1 semana a un país de alto riesgo para la tuberculosis (o tenido contacto con residentes de esas poblaciones)?			
6. ¿Tiene su hijo el VIH/SIDA?			
7. ¿Tiene su hijo padres o abuelos que han sufrido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años?			
8. ¿Tiene su hijo padres con el colesterol alto (240 mg/dL o más) o que está tomando medicina para el colesterol?			
9. ¿Tiene su hijo parientes que han experimentado la muerte repentina e inexplicable o la muerte temprana (<50 años de edad)?			
10. ¿Come su hijo principalmente una dieta vegetariana o vegana?			
11. ¿Tiene la preocupación de que su hijo NO come suficiente alimentos ricos en hierro como la carne, huevos, cereales fortificados con hierro, o frijoles?			
12. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			
13. ¿Esta su hijo alguna vez cerca del humo del tabaco?			

Desarrollo: ¿Hace su hijo algo de lo siguiente?	Si	No	Inseguro
1. ¿Tiene problemas de disciplina en casa o en la escuela?			

=====

2. ¿Consigue dormir al menos 8 horas por noche?			
3. ¿Hace ejercicio todos los días por lo menos 30 minutos?			
4. ¿Está pasando todas sus clases en la escuela?			



Nombre _____ Fecha _____ Evaluación – Hombre 13 y 14 años de edad

Preguntas para el paciente

	Si	No	Inseguro
1. ¿Fumas cigarrillos?			
2. ¿Alguna vez has tenido deficiencia de hierro o anemia?			
3. ¿Sientes que tu dieta falta de alimentos ricos en hierro como la carne, los huevos, los cereales fortificados con hierro, o los frijoles?			
4. ¿Alguna vez has tenido sexo (incluyendo las relaciones sexuales o el sexo oral)?			
5. ¿Tienes problemas con agresores (bullies)?			

=====

6. ¿Te llevas bien con otros niños en la escuela?			
7. ¿Tienes amigos en la escuela?			



Name: _____ DOB: _____ Date: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas				
2. Poco interés o placer en hacer cosas				
Si no respondio "Ningun dia" a la pregunta 1 y 2, entonces conteste las preguntas siguientes.				
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Sin apetito o ha comido en exceso				
5. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión				
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera				

El año pasado has sentido triste o deprimido casi todos los días, incluso si hay veces que te sientes bien?

Si No

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil

El mes pasado ha tenido serios pensamientos acerca de acabar con su vida? Si No

Alguna vez, en toda tu vida, trató de suicidarse o atentado un suicide? Si No

Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible; sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?
El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.

No

Sí

Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1

Si respondió con un SÍ a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6

Parte B (CARLOS)

1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus AMIGOS o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para RELAJARSE, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en LÍOS o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?
5. ¿Se le ha OLVIDADO, alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?
6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba SOLO o SOLA, sin compañía?

No

Sí

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston. La reproducción CRAFFT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.