

**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>                                |  |