



# Háblenos Sobre Usted

## ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS SALUDABLES



Para cada una de las siguientes declaraciones, marque la respuesta que le corresponda.

1. Corro, camino o hago ejercicio. ....  Sí  No
2. Bebo más de cinco vasos de agua cada día. ....  Sí  No
3. Duermo lo suficiente para sentirme descansado/a. ....  Sí  No
4. Siempre me pongo el cinturón de seguridad en el auto. ....  Sí  No
5. Tomo mis medicamentos según la receta. ....  Sí  No  No me corresponde
6. Me cepillo los dientes todos los días.. ....  Sí  No
7. Anoto siempre cuando tengo mi menstruación. ....  Sí  No  No me corresponde
8. Tomo vitaminas o ácido fólico todos los días. ....  Sí  No
9. Como 5 raciones de frutas y vegetales todos los días. ....  Sí  No
10. Tengo maneras saludables de reducir mi nivel de tensión. ....  Sí  No
11. Tengo un médico o enfermera que puedo ver cuando es necesario. ....  Sí  No
12. Me he sometido a pruebas de detección de enfermedades transmitidas sexualmente. ....  Sí  No
13. Obtengo mis consejos de salud de:  
 mi familia  amigos  libros  médico/enfermera  internet  otro \_\_\_\_\_
14. Me considero una persona:  
 demasiado gordo/a  demasiado delgado/a  que estoy bien tal como soy
15. Algunas veces se me antoja y como:  
 tierra / arcilla  ceniza  dulces  almidón  alimentos salados  hielo  otro \_\_\_\_\_
16. Tengo problemas con mi boca tales como:  
 encías que sangran  llagas en mi boca  dolor de muelas o diente  no tengo problemas
17. Me doy una ducha vaginal:  
 una vez por semana  después del acto sexual  después de mi menstruación  nunca
18. Tomo estos medicamentos o remedios a base de hierbas:  
 píldoras para resfriados  píldoras dietéticas  píldoras para el dolor  laxantes  píldoras o té a base de hierbas
19. Me gustaría tener otro bebé en:  
 1 a 2 años  3 a 4 años  4 o más años  nunca  cuando suceda
20. Para no quedar embarazada mi plan es:  usar pastillas  usar inyecciones  
 que me ligen las trompas  usar condones y espuma espermicida  otro \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

*Gracias por llenar este formulario.  
Su información se mantendrá confidencial.*

No. de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



# Háblenos Sobre Usted

## CUESTIONARIO



Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarnos a entender asuntos que le preocupan en su vida. Para cada pregunta, marque la respuesta que considere correcta o escriba una respuesta breve. Debido a que esta información es muy personal para usted, este formulario formará parte de su expediente médico y será tratado con la misma confidencialidad. Si elige no completar este formulario, igualmente podrá recibir los servicios.

1. Marque todas las declaraciones que le correspondan.

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Soy soltera.    | <input type="checkbox"/> Soy casada. | <input type="checkbox"/> Estoy separada.          |
| <input type="checkbox"/> Soy divorciada. | <input type="checkbox"/> Soy viuda.  | <input type="checkbox"/> Vivo con un compañero/a. |

2. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó? \_\_\_\_\_

3. ¿Necesita ayuda para terminar la escuela? .....  Sí  No

4. ¿Qué trabajo o trabajos tiene? \_\_\_\_\_

5. ¿Necesita ayuda para obtener entrenamiento para alguna profesión? .....  Sí  No

6. ¿Necesita ayuda para obtener un empleo? .....  Sí  No

7. ¿Necesita ayuda para obtener ropa? .....  Sí  No

8. ¿Necesita ayuda para obtener servicios de cuidado infantil? .....  Sí  No

9. ¿Necesita algún otro tipo de ayuda? .....  Sí  No

En caso afirmativo, por favor escriba el tipo de ayuda que necesite: \_\_\_\_\_

10. Marque las casillas junto a todos los acontecimientos que vivió en el último año:

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Me divorcié.                        | <input type="checkbox"/> Me mudé.     | <input type="checkbox"/> Estoy recibiendo menos ingresos. |
| <input type="checkbox"/> Perdí mi empleo o cambié de empleo. | <input type="checkbox"/> Me casé.     | <input type="checkbox"/> Murió un ser querido.            |
| <input type="checkbox"/> Tuve problemas legales.             | <input type="checkbox"/> Me embaracé. | <input type="checkbox"/> Tengo un novio(a) nuevo(a).      |

11. ¿Cómo se ha estado sintiendo últimamente? Marque sólo las que correspondan.

Con frecuencia me siento:

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> feliz                                  | <input type="checkbox"/> triste        | <input type="checkbox"/> enojado/a    |
| <input type="checkbox"/> débil y cansado/a                      | <input type="checkbox"/> confundido/a  | <input type="checkbox"/> temeroso/a   |
| <input type="checkbox"/> bien                                   | <input type="checkbox"/> sin esperanza | <input type="checkbox"/> solo/a       |
| <input type="checkbox"/> extraño a mi familia / a mi país       | <input type="checkbox"/> con tensión   | <input type="checkbox"/> preocupado/a |
| <input type="checkbox"/> (otro sentimiento - especifique) _____ |  |                                       |

12. Algunas veces siento que me tratan de diferente manera que a otros porque: \_\_\_\_\_

13. ¿Piensa que sus padres o la gente que le crió le maltrataron cuando era una niño/a? .....  Sí  No

14. En caso afirmativo, ¿en qué consistió el maltrato?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Me gritaban.  | <input type="checkbox"/> Abusaron de mí sexualmente. | <input type="checkbox"/> Me desatendieron.         |
| <input type="checkbox"/> Me golpeaban. | <input type="checkbox"/> Me despreciaron.            | <input type="checkbox"/> Fui testigo de violencia. |
| <input type="checkbox"/> Otro _____    |  |  |

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

15. ¿Hace algo de lo siguiente cuando se enoja? Marque todas las respuestas que correspondan:
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salgo de la casa.  | <input type="checkbox"/> Grito.        | <input type="checkbox"/> Guardo mis emociones. |
| <input type="checkbox"/> Lloro.   | <input type="checkbox"/> Golpeo cosas. | <input type="checkbox"/> Golpeo a personas.    |
| <input type="checkbox"/> Tiro cosas.  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hago otras cosas. <i>(Escriba aquí su respuesta)</i> _____ |  |  |
16. ¿Se le ha forzado alguna vez a tener relaciones sexuales cuando no lo deseaba? .....  Sí  No
17. ¿Se siente inseguro/a en su hogar? .....  Sí  No
18. ¿Se encuentra en una relación en la cual está siendo lastimada/o o amenazada/o emocionalmente o físicamente? .....  Sí  No
19. ¿Ha tenido alguna vez un problema por no comer lo suficiente o por comer demasiado? ..  Sí  No
20. ¿Tiene problemas quedarse dormido/a o para dormir? .....  Sí  No
21. ¿Ha perdido interés en cosas que antes disfrutaba? .....  Sí  No
22. ¿Se ha sentido alguna vez desesperado/a y pensó en lastimarse a sí misma/o o a otra persona? .....  Sí  No
23. ¿Ha recibido alguna vez ayuda para problemas mentales o emocionales? .....  Sí  No  
*En caso afirmativo, por favor escriba el tipo de problema aquí:* \_\_\_\_\_
24. ¿Fuma, mastica o consume tabaco? .....  Sí  No
25. ¿Fuma alguien cigarros, puros o pipas en su hogar o automóvil? .....  Sí  No
26. ¿Alguno de sus padres ha tenido problemas con drogas o alcohol? .....  Sí  No
27. ¿Su pareja o alguien cercano a usted tiene problemas con drogas o alcohol? .....  Sí  No
28. ¿Ha consumido alguna vez drogas o alcohol? .....  Sí  No
29. Si consume alcohol o drogas actualmente, marque las respuestas que correspondan:
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Pienso que debería consumir menos alcohol o drogas.   |
| <input type="checkbox"/> He sido criticada/o por mi consumo de alcohol o drogas.   |
| <input type="checkbox"/> He tomado un trago a primera hora del día para curar los efectos de haber tomado demasiado alcohol el día anterior. |
| <input type="checkbox"/> He tratado de dejar de consumir alcohol o drogas.   |
| <input type="checkbox"/> Me siento bien con respecto a mi consumo de alcohol o drogas.   |
30. ¿Con quién habla cuando tiene un problema? Marque las opciones que correspondan:
- |  |   |                                    |  |
|--|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> cónyuge o pareja    | <input type="checkbox"/> padre o abuelo | <input type="checkbox"/> padrino   | <input type="checkbox"/> otro familiar |
| <input type="checkbox"/> consejero religioso | <input type="checkbox"/> amigo          | <input type="checkbox"/> consejero | <input type="checkbox"/> nadie         |
31. ¿Tiene algún problema del que le gustaría hablar con alguien? .....  Sí  No
32. ¿Hay algo más que quisiera decirnos acerca de usted para ayudarnos a servirle mejor?  
*En caso afirmativo, escríbalo aquí:*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si está embarazada, por favor responda las preguntas 33 a 38.**

**Si no está embarazada, le agradecemos haber llenado este cuestionario.**

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Si está embarazada, por favor responda a las preguntas 33 a 38.**

33. ¿Cómo se siente acerca de este embarazo? Escriba aquí sus emociones:

\_\_\_\_\_

34. ¿Planea dar el pecho (amamantar) a su bebé? .....  Sí  No

35. ¿Tiene dudas respecto a quedarse con su bebé? .....  Sí  No

36. ¿Quién sabe que está usted embarazada?

- el padre del bebé  mi familia  mis amigos  
 Nadie sabe que estoy embarazada.  una organización social

37. ¿Está contenta con la relación que tiene con el padre del bebé? .....  Sí  No

38. ¿Le gustaría tener ayuda para aprender a cuidar de su bebé o de niños mayores? .....  Sí  No

*Gracias por llenar este formulario. Su información se mantendrá confidencial.*

**FOR STAFF TO COMPLETE**

No referral necessary.

Referral(s) made to: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referral declined.

See Progress Notes.

Signature of Staff Member Reviewing / Title

\_\_\_\_\_ Date

Signature of Supervisor Reviewing, if required / Title

\_\_\_\_\_ Date

Numero: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_