



**Examen de Niño Sano: Niño de Edad Escolar (13-14 años)**

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

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema que le gustaría discutir hoy? En caso afirmativo, por favor describa:

\_\_\_\_\_

Grado/Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nutrición:

¿Consumes 4 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)?  Sí  No

¿Qué tipo de leche tomas? \_\_\_\_\_

¿Tu dieta incluye comidas ricas en hierro a diario?  
(carne, frijoles, vitaminas del hierro, cheerios/cereales)  Sí  No

¿Sigues una dieta vegetariana (no comes carne roja, pollo, pescado ni mariscos)?  No  Sí  
Si eres vegetariano, ¿tomas un suplemento de hierro?  Sí  No

Mujeres:

Si has comenzado tu ciclo menstrual, ¿crees que tienes un sangrado menstrual excesivo?  No  Sí  N/A

Salud Dental:

¿Te cepillas los dientes 2 veces al día?  Sí  No

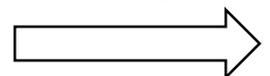
Cernimiento Cardiovascular:

¿Alguna vez te has desmayado mientras hacías ejercicio?	No	Sí
¿Toses o tienes dificultad para respirar al hacer ejercicio?	No	Sí
¿Te ha dolido mucho el pecho cuando haces ejercicio?	No	Sí
¿Alguien en tu familia ha sufrido un ataque cardíaco o un derrame cerebral antes de los 55 años?	No	Sí
¿Alguien de la familia murió repentinamente mientras hacía ejercicio?	No	Sí

EXAMEN DE SALUD MENTAL (PHQ-2)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

- Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas  
Ningún día      Varios Días      Más de la mitad de los días      Casi todos los días
- Poco interés o placer en hacer cosas  
Ningún día      Varios Días      Más de la mitad de los días      Casi todos los días



¿Quién vive contigo en casa? \_\_\_\_\_

Tus padres son:            soltero            casado            divorciado            separado            viudo

¿Qué cosas te gustan hacer?

---

---

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Te va bien en la escuela?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes cosas que te gusta hacer en la escuela?                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibes ayuda o apoyo adicional en alguna materia en la escuela? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tienes alguna preocupación sobre tu peso?                        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Estás haciendo algo para tratar de ganar o perder peso?          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Comes frutas y verduras todos los días?                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tomas bebidas azucaradas (jugos, refrescos, bebidas deportivas)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguna vez omites las comidas?                                   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Comes junto con tu familia?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Eres físicamente activo al menos 1 hora al día?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuánto tiempo pasas todos los días viendo televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o teléfonos inteligentes (sin contar las tareas escolares)? | _____                       |                             |

- |                                    |                             |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Duermes 8 o más horas cada noche? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes problemas para dormir?     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Mujeres: ¿Tienes alguna preocupación sobre tu ciclo menstrual (como sangrado no regular, abundante o dolores intensos)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Fumas cigarrillos, vapeas, mascas tabaco?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguien en tu casa fuma o vapea?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tomas alcohol?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguna vez has consumido drogas? (incluyendo marihuana, cocaína, heroína, o otra) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Pasas tiempo hablando con tus padres todos los días?                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te llevas bien con tu familia?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tu familia hace cosas juntas?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes un adulto con el que te sientas conectado?                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes reglas en casa y sabes lo que sucede cuando rompes las reglas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Alguna vez has tomado medicamentos recetados que no son tuyos?                               | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Siempre usas cinturón de seguridad?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Siempre usas un casco para proteger tu cabeza cuando andas en bicicleta, patineta o patines? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usas protector solar?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Visitas salones de bronceado?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tienes actividades o cosas que te gusta hacer después de la escuela o el fin de semana? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Te sientes seguro en casa?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez has sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Has estado en una relación con una persona que te acosó físicamente o te lastimó?        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguna vez te han obligado o presionado a hacer algo sexual que no querías hacer?        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |