

PATIENT HEALTH INFORMATION 11-15 year old

Date: _____

Patients Name _____ age: _____ Birth Date: _____

Do you have any questions or concerns you would like to discuss today?

What changes or challenges have there been at home in the last year?

We are interested in answering your questions. Please check off the boxes for the topics you would like to discuss the most today.

Your Growing and Changing Body

- Teeth Appearance or body image How you feel about yourself
- Healthy eating Good ways to be active How your body is changing Your weight
- Sleep Skin/Acne Stooling/Urinating

School and Friends

- Your relationship with your family Your friends How you are doing in school
- Girlfriend or boyfriend Organizing your time to get things done

How You Are Feeling

- Dealing with stress Keeping under control Sexuality Feeling sad
- Feeling anxious Feeling irritable

Healthy Behavior Choices

- Smoking cigarettes Drinking alcohol Using drugs Pregnancy
- Sexually transmitted infections (STIs) Decisions about sex and drugs

Violence and Injuries

- Car safety Not riding in a car with a drinking driver
- Using a helmet or protective gear
- Keeping yourself safe in a risky situation Gun safety
- Bullying or trouble with other kids

INFORMACION DE SALUD

Paciente 11-15 años de edad

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que le gustaría discutir el día de hoy?

¿Qué cambios o desafíos ha habido en casa en el último año?

Estamos interesados en responder sus preguntas. Por favor, marque las casillas de los temas que le gustaría discutir más el día de hoy.

Tu Cuerpo Crece y Cambia

- Dientes Apariencia o la imagen corporal Como te sientes acerca de ti mismo
- Alimentación saludable Una buena manera de mantenerse activo
- Forma en que tu cuerpo está cambiando Tu peso Dormir
- Piel/Acne Deposiciones/Orinar

Escuela y Amigos

- Tu relación con tu familia Tus amigos Como vas en la escuela
- Novia o novio Organizando tu tiempo para poder hacer cosas

Como te Sientes

- Lidar con el estrés Mantener bajo control Sexualidad Sentirse triste
- Sensación de ansiedad Sentirse irritable

Opciones Saludables de Comportamiento

- Fumando Cigarros Tomando alcohol Usando drogas Embarazo
- Infecciones sexualmente transmitidas (IST) Decisiones acerca de sexo y drogas

Violencia y Lesiones

- Seguridad automovilística No montar en un coche con un conductor ebrio
- El uso de un casco o equipo de protección
- Mantenerse a salvo en una situación de riesgo Seguridad de pistolas
- Intimidación o problemas con otros niños

**Skagit Pediatrics, LLP*2101 Little Mountain Ln*Mount Vernon, WA 98274
(360) 428-2622* Fax (360) 428-3941**