

PATIENT HEALTH INFORMATION 16-21 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 / Urination

**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  Your Job
- Your future plans

**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  Using a helmet or protective gear
- Keeping yourself safe in a risky situation  Gun safety  Avoiding driving distraction
- Drinking and drugs  Dating  Violence and abuse

**SCREENING**

**VIT D**

Are you taking a Vitamin D supplement?

Y N  
( ) ( )

**TB**

Has a family member or contact had tuberculosis?

Y N  
( ) ( )

Has a family member or contact had a positive tuberculosis skin test?

( ) ( )

Were you born in or have you travelled to a high risk country\* for more than one week with contact with resident population?

( ) ( )

(\*countries other than the USA, Canada, Australia, New Zealand or Western Europe)

**LIPIDS**

Do you have parents or grandparents who have had a stroke or a heart attack before age 55?

( ) ( )

Do you have a parent with elevated blood cholesterol and taking medication?

( ) ( )

**CPR Screening**

Would you like information on CPR training?

( ) ( )

Skagit Pediatrics, LLP\* 2101 Little Mountain Lane\* Mount Vernon, WA 98274

(360) 428-2622\* Fax (360) 428-3941

3/2013

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
- Tu trabajo  Tus planes para el futuro

**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  El uso de un casco o equipo de protección
- Mantenerse a salvo en una situación de riesgo  Seguridad de pistolas  Evitar distracciones al conducir
- Alcohol y drogas  Citas  Violencia y abuso

**Tamizaje**

	SI	NO
<b>Vitamina D</b>		
¿Está tomando su niño(a) un suplemento de Vitamina D?	( )	( )
<b>Prueba de detección de Tuberculosis</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano ha tenido tuberculosis?	( )	( )
¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano ha tenido un examen de tuberculosis de la piel que haya sido positivo?	( )	( )
Naciste o has viajado a un país de alto riesgo* (por más de una semana teniendo contacto con la población/residentes)? (*países aparte de los E.U., Canadá, Australia, Nueva Zelandia o Europa Occidental)	( )	( )
<b>Lípidos</b>		
¿Tiene padres o abuelos que han tenido un accidente cerebrovascular o ataque cardíaco antes de la edad de 55?	( )	( )
¿Tiene usted un padre con colesterol elevado y tomando medicamento?	( )	( )
<b>Primeros Auxilios</b>		
¿Le gustaría recibir información sobre Primeros Auxilios?	( )	( )

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