Client Identification _____ Date _____

Counselor _____ Staff Title _____
(Signature)

_____
(Please Print)

Follow-up Visit Recommended: ☐ Yes ☐ No

Written Referral Given:
☐ Mental Health ☐ Abuse and/or rape*
☐ Substance Abuse ☐ Job
☐ Other

By law, you must report past or present abuse to a child protective agency.

Length of Visit: ☐ Brief (10-19 minutes) ☐ Extended (20 minutes +)

General Notes:

California Health and Human Services Agency-Department of Health Services
Office of Family Planning

© 3/00 TQ Male Spanish Version

TEEN SMART

CUESTIONARIO

Por favor, tómate unos minutos para contestar estas preguntas.

Algunas de las preguntas pueden ser difíciles de contestar. Si no quieres contestarlas, o no se refieren a ti, sólo deja el espacio en blanco.

De acuerdo con la ley y por tu propia seguridad, debemos reportar el posible abuso físico y sexual a una agencia protectora de menores. Allí trabajan personas especialmente entrenadas para ayudar a los adolescentes que padecen alguna forma de abuso en sus vidas.

Cualquier cosa que nos digas o escribas será confidencial entre el personal de la clínica y tú. Nosotros no hablaremos con nadie sobre las cosas que tú nos cuentes.

Family PACT
Planning • Access • Care & Treatment
California Department of Health Services • Office of Family Planning

Consejero: Por favor, hable con el cliente sobre los límites de la confidencialidad y el requerimiento legal de revelar cierto tipo de información

1. ¿Estás estudiando actualmente?
   - ☐ Sí
   - ☐ No, ya me gradué / obtuve mi GED
   - ☐ No, dejé los estudios
2. ¿Cuántos años tienes?_____ Si el adolescente tiene 16 años o mas / Si el adolescente tiene 15 años o menos
3. ¿Qué grupo étnico te describe mejor? (Opcional) *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Latino/Hispano
   - ☐ Blanco/Caucásico
   - ☐ Negro/Afro-Americano
   - ☐ Asiático
   - ☐ Otro: _____

Lo que piensas sobre el sexo y el embarazo

4. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Sí, sexo vaginal (el pene en la vagina)
   - ☐ Sí, sexo oral (la boca en el pene o en la vagina)
   - ☐ Sí, sexo anal (el pene en el ano o recto)
   - ☐ No, nunca
5. Si respondiste que sí, ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales? *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Con una mujer
   - ☐ Con un hombre
6. Si has tenido relaciones sexuales, ¿cuántos años tenías la primera vez que las tuviste?
   - ☐ 15 años o menos
   - ☐ 16 años o más
7. ¿Alguna vez te han forzado o presionado a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
   - ☐ Sí*
   - ☐ No
8. ¿Cuántos años quisieras tener cuando tengas tu primer (o tu próximo) hijo?
   - ☐ 19 años o menos
   - ☐ 20 años o más
   - ☐ No planeo tener ningún (u otro) hijo
   - ☐ No estoy seguro
9. Si embarazaras a alguien en este momento, ¿cómo te sentirías?
   - ☐ Feliz
   - ☐ Molesto
   - ☐ No sentiría nada
   - ☐ No estoy seguro
10. ¿Tienes una pareja que quisiera quedar embarazada en este momento?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No hemos hablado de eso
11. ¿Cuál es la probabilidad de que dejes embarazada a alguna muchacha durante el próximo año?
    - ☐ Eso no pasará
    - ☐ Eso tal vez pasará
    - ☐ Eso sí pasará

Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor pasa a la prequnta #29

12. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuviste relaciones sexuales?
    - ☐ No tuve relaciones sexuales
    - ☐ 3 veces o menos
    - ☐ 4 veces o más
13. Durante los últimos 6 meses, ¿has pensado alguna vez que podrías haber dejado a alguien embarazada?
    - ☐ Sí, (¿cuántas veces?)_____
    - ☐ No
14. ¿Has dejado embarazada a alguien alguna vez?
    - ☐ Sí, (¿cuántas veces?)_____
    - ☐ No
    - ☐ No sé
15. ¿Tienes hijos?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No sé

Cómo escoger un método anticonceptivo

16. ¿Qué métodos anticonceptivos han usado tú o tu pareja?. *(Marca todos los que apliquen)*
    - ☐ Nada
    - ☐ Retiro
    - ☐ Condón (para hombre o mujer)
    - ☐ Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o sopositorios anticonceptivos
    - ☐ Pastillas anticonceptivas (la píldora)
    - ☐ Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
    - ☐ Otros: (¿Cuáles?) _____
17. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿qué métodos anticonceptivos usaron tú o tu pareja? *(Marca todos los que apliquen)*
    - ☐ Nada
    - ☐ Retiro
    - ☐ Condón (para hombre o mujer)
    - ☐ Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o sopositorios anticonceptivos
    - ☐ Pastillas anticonceptivas (la píldora)
    - ☐ Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
    - ☐ Otros: (¿Cuáles?) _____
18. ¿Si un hombre saca/retira su pene de la vagina antes de "venirse" (eyacular), aún así puede embarazar a una mujer?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
19. ¿Alguna vez tu y tu pareja han estado en desacuerdo sobre el uso del **condón** o de otro método anticonceptivo?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
20. ¿Qué tan fácil es para ti hablar del sexo y de anticonceptivos con la persona o personas con las que tienes relaciones sexuales?
    - ☐ La mayor parte de las veces es fácil
    - ☐ La mayor parte de las veces es difícil
    - ☐ No hablamos de eso

Cómo protegerte de las ETS (enfermedades transmitidas sexualmente)

21. Durante los últimos 6 meses ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales? *(Marca sólo una opción)*
    - ☐ Ninguna
    - ☐ Una
    - ☐ 2 o más
22. ¿Tomas alcohol o usas drogas cuando tienes relaciones sexuales?
    - ☐ Algunas veces
    - ☐ La mayoria de las veces
    - ☐ Nunca
23. ¿Tu pareja o tus parejas toman alcohol o usan drogas cuando tienen relaciones sexuales?
    - ☐ Algunas veces
    - ☐ La mayoria de las veces
    - ☐ Nunca
24. ¿Alguna vez has tenido sensación de ardor al orinar, algún flujo a través del pene o ronchas en o alrededor del pene?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
25. ¿Alguna vez has tenido alguna ETS (como herpes, gonorrea, clamidia, verrugas genitales, tricomonas o hepatitis)?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No estoy seguro
26. ¿Puede un hombre tener una ETS sin saberlo?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
27. ¿Qué tan frecuentemente tu y tu pareja usan **condones** u otro tipo de protección (como un protector dental) si practicas:

    ¿Sexo **vaginal?** (el pene en la vagina)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo vaginal

    ¿Sexo **oral?** (la boca en el pene o la vagina)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo oral

    ¿Sexo **anal**? (el pene en el ano o recto)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo anal
28. ¿Alguna vez has tenido problemas porque el condón se salió, se movió o se rompió?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ Algunas veces

¿Podemos ayudarte?

29. ¿Qué haces cuando estás enojado o tienes problemas? *(Marca todas las que apliquen)*
    - ☐ Hablo con alguien (¿con quién?) _____
    - ☐ Salgo con amigos
    - ☐ Rezo o medito
    - ☐ Paso algún tiempo solo
    - ☐ Hago ejercicio
    - ☐ Veo televisión/escucho música
    - ☐ Como/duermo
    - ☐ Fumo cigarrillos
    - ☐ Tomo alcohol o uso drogas
    - ☐ Hago otras cosas (¿cuáles?) _____
    - ☐ No hago nada
30. ¿Te gustaría obtener ayuda con alguna de las siguientes cosas? *(Marca todas las que apliquen)*
    - ☐ Necesidades básicas (comida, vivienda, trabajo)
    - ☐ Problemas en la escuela o en la casa
    - ☐ Problemas con el alcohol u otras drogas
    - ☐ Fumar cigarrillos
    - ☐ Sentimientos de tristeza o depresión
    - ☐ Deseos de lastimarte a ti mismo
    - ☐ Deseos de suicidarte
    - ☐ Problemas para controlar mi caracter (cómo evitar pegarle o gritarle a los demás)
    - ☐ Abuso físico (ser golpeado, lastimado o asfixiado por alguien)*
    - ☐ Abuso sexual (ser tocado donde no deseo que me toquen, u obligado a tener relaciones sexuales)*
    - ☐ Resistiendo presiones sexuales
    - ☐ Problemas en la relación con mi pareja
    - ☐ Ser padre/cómo ejercer la paternidad
    - ☐ Otros problemas _____
    - ☐ No deseo ayuda por el momento

OVERALL RISK: __ Low __ Moderate/High

CLIENT PRIORITY ISSUES: *(Check all that apply)*
__ BCM/Pregnancy Prevention __ Counseling/Information __ Physical Exam
__ STD Prevention __ Infection/STD check Other: .....

ISSUES DISCUSSED: __ Pregnancy Risk __ BCM Options
__ Method Use __ STD Risk

PSYCHOSOCIAL ISSUES:
__ Substance Abuse __ Suicidal Thoughts __ Depression
__ Family/Partner Issues __ Physical/Sexual Abuse*
Other: .....

**By law, you must report past or present abuse to a child protective agency.*

1. ¿Estás estudiando actualmente?
   - ☐ Sí
   - ☐ No, ya me gradué / obtuve mi GED
   - ☐ No, dejé los estudios

2. ¿Cuántos años tienes?_____

3. ¿Qué grupo étnico te describe mejor? (Opcional) *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Latino/Hispano
   - ☐ Blanco/Caucásico
   - ☐ Negro/Afro-Americano
   - ☐ Asiático
   - ☐ Otro: _____

Lo que piensas sobre el sexo y el embarazo

4. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Sí, sexo vaginal (el pene en la vagina)
   - ☐ Sí, sexo oral (la boca en el pene o en la vagina)
   - ☐ Sí, sexo anal (el pene en el ano o recto)
   - ☐ No, nunca

5. Si respondiste que sí, ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales? *(Marca todos los que apliquen)*
   - ☐ Con una mujer
   - ☐ Con un hombre

6. Si has tenido relaciones sexuales, ¿cuántos años tenías la primera vez que las tuviste?
   - ☐ 15 años o menos
   - ☐ 16 años o más

7. ¿Alguna vez te han forzado o presionado a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
   - ☐ Sí*
   - ☐ No

8. ¿Cuántos años quisieras tener cuando tengas tu primer (o tu próximo) hijo?
   - ☐ 19 años o menos
   - ☐ 20 años o más
   - ☐ No planeo tener ningún (u otro) hijo
   - ☐ No estoy seguro

9. Si embarazaras a alguien en este momento, ¿cómo te sentirías?
   - ☐ Feliz
   - ☐ Molesto
   - ☐ No sentiría nada
   - ☐ No estoy seguro

10. ¿Tienes una pareja que quisiera quedar embarazada en este momento?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No hemos hablado de eso

11. ¿Cuál es la probabilidad de que dejes embarazada a alguna muchacha durante el próximo año?
    - ☐ Eso no pasará
    - ☐ Eso tal vez pasará
    - ☐ Eso sí pasará

Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor pasa a la pregunta #29

12. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuviste relaciones sexuales?
    - ☐ No tuve relaciones sexuales
    - ☐ 3 veces o menos
    - ☐ 4 veces o más

13. Durante los últimos 6 meses, ¿has pensado alguna vez que podrías haber dejado a alguien embarazada?
    - ☐ Sí, (¿cuántas veces?)_____
    - ☐ No

14. ¿Has dejado embarazada a alguien alguna vez?
    - ☐ Sí, (¿cuántas veces?)_____
    - ☐ No
    - ☐ No sé

15. ¿Tienes hijos?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No sé

Cómo escoger un método anticonceptivo

16. ¿Qué métodos anticonceptivos han usado tú o tu pareja?. *(Marca todos los que apliquen)*
    - ☐ Nada
    - ☐ Retiro
    - ☐ Condón (para hombre o mujer)
    - ☐ Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o sopositorios anticonceptivos
    - ☐ Pastillas anticonceptivas (la píldora)
    - ☐ Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
    - ☐ Otros: (¿Cuáles?) _____

17. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿qué métodos anticonceptivos usaron tú o tu pareja? *(Marca todos los que apliquen)*
    - ☐ Nada
    - ☐ Retiro
    - ☐ Condón (para hombre o mujer)
    - ☐ Espuma, espermicidas, capa contraceptiva vaginal o sopositorios anticonceptivos
    - ☐ Pastillas anticonceptivas (la píldora)
    - ☐ Inyecciones anticonceptivas (Depo Provera)
    - ☐ Otros: (¿Cuáles?) _____

18. ¿Si un hombre saca/retira su pene de la vagina antes de "venirse" (eyacular), aún así puede embarazar a una mujer?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

19. ¿Alguna vez tu y tu pareja han estado en desacuerdo sobre el uso del **condón** o de otro método anticonceptivo?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

20. ¿Qué tan fácil es para ti hablar del sexo y de anticonceptivos con la persona o personas con las que tienes relaciones sexuales?
    - ☐ La mayor parte de las veces es fácil
    - ☐ La mayor parte de las veces es difícil
    - ☐ No hablamos de eso

Cómo protegerte de las ETS (enfermedades transmitidas sexualmente)

21. Durante los últimos 6 meses ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales? *(Marca sólo una opción)*
    - ☐ Ninguna
    - ☐ Una
    - ☐ 2 o más

22. ¿Tomas alcohol o usas drogas cuando tienes relaciones sexuales?
    - ☐ Algunas veces
    - ☐ La mayoria de las veces
    - ☐ Nunca

23. ¿Tu pareja o tus parejas toman alcohol o usan drogas cuando tienen relaciones sexuales?
    - ☐ Algunas veces
    - ☐ La mayoria de las veces
    - ☐ Nunca

24. ¿Alguna vez has tenido sensación de ardor al orinar, algún flujo a través del pene o ronchas en o alrededor del pene?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

25. ¿Alguna vez has tenido alguna ETS (como herpes, gonorrea, clamidia, verrugas genitales, tricomonas o hepatitis)?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No estoy seguro

26. ¿Puede un hombre tener una ETS sin saberlo?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

27. ¿Qué tan frecuentemente tu y tu pareja usan **condones** u otro tipo de protección (como un protector dental) si practicas:

    ¿Sexo **vaginal**? (el pene en la vagina)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo vaginal

    ¿Sexo **oral**? (la boca en el pene o la vagina)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo oral

    ¿Sexo **anal**? (el pene en el ano o recto)
    - ☐ Siempre uso condones
    - ☐ La mayor parte de las veces uso condones
    - ☐ Algunas veces uso condones
    - ☐ Nunca uso condones
    - ☐ Nunca he practicado sexo anal

28. ¿Alguna vez has tenido problemas porque el condón se salió, se movió o se rompió?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ Algunas veces

¿Podemos ayudarte?

29. ¿Qué haces cuando estás enojado o tienes problemas? *(Marca todas las que apliquen)*
    - ☐ Hablo con alguien (¿con quién?) _____
    - ☐ Salgo con amigos
    - ☐ Rezo o medito
    - ☐ Paso algún tiempo solo
    - ☐ Hago ejercicio
    - ☐ Veo televisión/escucho música
    - ☐ Como/duermo
    - ☐ Fumo cigarrillos
    - ☐ Tomo alcohol o uso drogas
    - ☐ Hago otras cosas (¿cuáles?) _____
    - ☐ No hago nada

30. ¿Te gustaría obtener ayuda con alguna de las siguientes cosas? *(Marca todas las que apliquen)*
    - ☐ Necesidades básicas (comida, vivienda, trabajo)
    - ☐ Problemas en la escuela o en la casa
    - ☐ Problemas con el alcohol u otras drogas
    - ☐ Fumar cigarrillos
    - ☐ Sentimientos de tristeza o depresión
    - ☐ Deseos de lastimarte a ti mismo
    - ☐ Deseos de suicidarte
    - ☐ Problemas para controlar mi caracter (cómo evitar pegarle o gritarle a los demás)
    - ☐ Abuso físico (ser golpeado, lastimado o asfixiado por alguien)*
    - ☐ Abuso sexual (ser tocado donde no deseo que me toquen, u obligado a tener relaciones sexuales)*
    - ☐ Resistiendo presiones sexuales
    - ☐ Problemas en la relación con mi pareja
    - ☐ Ser padre/cómo ejercer la paternidad
    - ☐ Otros problemas _____
    - ☐ No deseo ayuda por el momento

Muchas gracias por tomarte el tiempo de completar esta encuesta.

**Por ley y por tu propia seguridad, debemos reportar el abuso, pasado o presente, a una agencia protectora de menores capacitada para ayudar a aquellos que padecen algún tipo de abuso en sus vidas.*