

## Cuestionario anual para adolescentes Teen health screen - Spanish

Les preguntamos a todos nuestros pacientes adolescentes sobre el alcohol y el estado de ánimo, porque estos factores pueden afectar su salud. Pregúntele a su médico si tiene cualquier pregunta. Sus respuestas en este formulario permanecerán confidenciales.

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

### S2BI:

En el AÑO PASADO, cuántas veces consumió:	Nunca	Una vez o dos veces	Mensualmente	Semanalmente
Tabaco:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Si respondió “Nunca” a todas las preguntas anteriores, vaya a la pregunta N° 1 de **CRAFFT** y luego dé vuelta a la página. De lo contrario, continúe respondiendo a todas las preguntas que aparecen a continuación.

Medicamentos con receta que no le fueron prescritos a usted: (como medicamentos para el dolor o Adderall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas ilegales: (como la cocaína o el éxtasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes: (como el óxido nitroso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hierbas o drogas sintéticas: (como la salvia, “K2” o sales de baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestó “Nunca” o “Una o dos veces” a todas las preguntas anteriores, por favor responda sólo la **pregunta N° 1 de CRAFFT** de abajo y luego gire la página. De lo contrario, continúe respondiendo a todas las preguntas que aparecen a continuación.

### CRAFFT questions

	No	Sí
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un carro o vehículo conducido por una persona (incluyéndolo a usted) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha consumido, alguna vez, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva, encontrándose solo y sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha olvidado, alguna vez, lo que hizo al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha metido, alguna vez, en líos o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gire a la página** 

## PHQ-9 Modified for Teens:

¿Con qué frecuencia ha tenido molestias por cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas <b>DOS SEMANAS</b> ?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Poco interés o disfrute por hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se siente desanimado, deprimido, irritable o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestó “Para nada” a las dos preguntas anteriores, ya terminó de responder las preguntas. De lo contrario, siga contestando todas las preguntas que aparecen abajo.

3. ¿Problemas para quedarse dormido o permanecer dormido, o dormir demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene falta de apetito, pérdida de peso o come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se siente mal con usted mismo, o siente que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Dificultad para concentrarse en cosas como la tarea escolar, leer o ver la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían notarlo? O, al contrario, ¿está tan inquieto o agitado que se mueve mucho más de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pensamientos en el sentido de que estaría mejor muerto, o de hacerse daño de alguna manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

El <b>AÑO PASADO</b> , ¿se sintió deprimido o triste la mayoría de los días, aunque a veces se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si está experimentando cualquiera de los problemas que se indican en este formulario, ¿qué tan difícil hacen estos problemas que usted pueda hacer su trabajo, hacerse cargo de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?		
<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil		
¿Hubo un momento en el pasado mes en que haya tenido pensamientos serios de poner fin a su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha intentado <b>ALGUNA VEZ</b> , en <b>TODA SU VIDA</b> , matarse o ha realizado un intento de suicidio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

(For the health professional)

### Interpreting the S2BI\*

Highest frequency of non-tobacco substance use	Risk category	Recommended action
Never	Abstinence	Positive reinforcement
Once or twice	No substance use disorder (SUD)	Brief advice
Monthly	Possible mild or moderate SUD	Brief intervention, employing principles of motivational interviewing
Weekly	Possible moderate or severe SUD	Referral for further assessment and possible specialized treatment, conveyed through a brief intervention

### Interpreting the CRAFFT questions

Any “Yes” responses should be explored with the patient to reveal the extent of substance use–related problems and inform the brief intervention.

### Interpreting the PHQ-9 Modified for Teens

Answers to questions #1-9 each receive 0-3 points (point values found at the bottom of each answer column). Points are added for a total score.

Score**	Depression severity	Proposed action
0 - 4	None - minimal	None.
5 - 9	Mild	Watchful waiting, repeat depression screening at follow-up.
10 - 14	Moderate	Create treatment plan, consider counseling and/or pharmacotherapy or another follow-up visit.
15 - 19	Moderately severe	Active treatment with pharmacotherapy and/or psychotherapy.
20 - 27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to mental health specialist.
“Yes” answer on any suicide question		Immediate follow up

\* Levy SJ, Williams JF, AAP COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Pediatrics. 2016;138(1).

\*\*Richardson L, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, Katon W. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. Pediatrics. 2010;126(6).