

Anexo III

Fecha _____ Centro de Salud _____

FICHA AUTOAPLICADA POR LA PERSONA ADOLESCENTE

Completa con letra clara la información solicitada y marca con una X el espacio correspondiente

SECCIÓN I. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos	Fecha Nacimiento			Edad	Sexo
N° Documento de Identidad	Día	Mes	Año	F	M
Dirección: Dirección de un/a familiar:					
Tel Celular:	Tel Casa:	Otro:	Correo electrónico:		
Tu estado Civil	Asistís a la consulta:			Nombre del acompañante:	
Soltero/a <input type="checkbox"/>	Solo/a <input type="checkbox"/>	Con padre/madre <input type="checkbox"/>	Con Amigo/a <input type="checkbox"/>	Teléfono del acompañante:	
Unido/a <input type="checkbox"/>	Con otra persona <input type="checkbox"/>				
Casado/a <input type="checkbox"/>	En relación a tu origen étnico ¿Te considerarás?				
Otro: <input type="checkbox"/>	Blanco/a <input type="checkbox"/>	Mestizo/a <input type="checkbox"/>	Negro/afrodescendiente <input type="checkbox"/>	Mulato/a <input type="checkbox"/>	
	Indígena <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>		

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE SALUD

Datos personales:	Sí	No	No sé	Datos de tu familia (papá o mamá):	Sí	No	No sé
¿Tenés alergias/s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te pusieron todas las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tenés alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____				Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tenés problemas para dormir (insomnio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sufrido cambios grandes de peso últimamente (aumento/disminución)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones (Tuberculosis, VIH, sida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padecés alguna una enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la enfermedad: _____				Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomás medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabés el nombre del medicamento y para qué lo tomás?				En tu familia hay violencia de algún tipo (insultos, peleas, golpes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Uno de tus padres fue madre o padre adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE RIESGO

Completado por el o la profesional de salud durante la consulta

Centro de salud: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona adolescente: _____

No. Documento Identidad: _____

A) SOCIAL

I. HOGAR

¿Con quién vivís?

Solo/a _____ Con tu familia (indicar con quien) _____

Con pareja _____ Edad de pareja _____ Otro _____

(menor de 15 años conviviendo con pareja)



¿En tu familia se dan situaciones de violencia? No _____ **Sí** _____

Tipo _____



¿Contás con una persona adulta a quien recurrir si tenés un problema? **No** _____ Sí _____ ¿quién es? _____



¿Tenés hijos/as? No _____ **Si** _____ ¿cuántos? _____



2. EDUCACIÓN – EMPLEO

¿Estás estudiando? **No** _____ Sí _____



¿En qué grado/año estás en escuela/colegio? _____ ¿Has repetido algún año? No _____ Sí _____ ¿Cuántos? _____

¿Trabajás?

Menor de 15 años No _____ **Sí** _____

Mayor de 15 años No _____ Sí _____



¿En qué trabajás? _____

3. VIDA SOCIAL

¿Sos o has sido víctima de bullying /discriminación/maltrato o abuso/ violencia (amigos, escuela/colegio, otros)? ¿De qué tipo? _____ No _____ Si _____

¿Participás en algún grupo artístico/cultural/deportivo/religioso/otro? Si _____ No _____
¿Cuál? _____

¿Tenés algún/a amigo/a con quién podés hablar de tus problemas, inquietudes o preocupaciones? Sí _____ No _____



REFERENCIA A GRUPOS JUVENILES (salud, comunidad, otras instituciones):

- 2 o más azules = Carencia en red de apoyo (familia, amigos, grupos)



RIESGO SOCIAL. REFERENCIA:

- Sospecha de abandono
- Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja
- Sospecha de violencia intrafamiliar
- Personas menores de edad fuera del sistema escolar
- Personas menores de 15 años trabajando
- Sospecha de situaciones de bullying/violencia

B) SALUD MENTAL

5. DROGAS

¿Algunos/as de tus amigos o amigas fuman cigarrillos? Si____ No____

¿Has fumado cigarrillos? Nunca ____ Alguna
vez____
Regularmente____

¿Te gusta tomar bebidas alcohólicas cuando estás con amigos/as? Si____ No____

En el último año ¿Con qué frecuencia has tomado alcohol (cerveza, tragos, bebidas fermentadas u otras bebidas)?

Nunca____
Solo una vez____
Una vez al mes____
Una vez a la semana____
Diariamente____



¿Algún/a amigo/a tuyo fuma marihuana? Si____ No____

En el último año ¿has fumado marihuana?

Nunca____
Solo una vez____
Una vez al mes____
Una vez a la semana____
Diariamente____



¿Tenés familiares o amigos/as que consumen drogas? Si____ No____

¿Has probado cocaína, crack, metanfetaminas, éxtasis, alucinógenos (LSD, ácidos, hongos), pastillas estimulantes, inhalantes u otras drogas? Drogas(s)_____

Nunca____
Solo una vez____
Una vez al mes____
Una vez a la semana____
Diariamente____



¿Has conducido una moto o auto después de ingerir licor o consumir drogas? No____ **Sí**____

6. IMAGEN CORPORAL

¿Estás conforme con tu cuerpo? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

¿Haz recurrido a métodos extremos o riesgosos para cambiar tu cuerpo? Si _____ No _____

En los últimos 6 meses ¿te has provocado vómito en repetidas ocasiones o has evitado comer por varios días, o alguna otra práctica por miedo a engordar?

No _____ **Sí** _____ ¿Qué hacés? _____

En los últimos 6 meses ¿has consumido alguna sustancia para cambiar tu cuerpo, hecho ejercicio excesivo o cualquier otra práctica riesgosa para tu salud? No _____ **Sí** _____ ¿Qué hacés? _____



7. DEPRESION – IDEACIÓN SUICIDA

En los últimos meses:

¿Te has sentido con el ánimo bajo, decaído, triste, deprimido/a irritable? ¿Sin ganas de nada, y sin ganas de hacer lo que normalmente te gusta?

No _____
Algunas veces _____
Muchas veces _____



¿Sabés por qué? _____

En los últimos meses:

¿Has pensado que la vida no vale la pena? Nunca _____ **a veces** _____ **Muchas veces** _____
 ¿Alguna vez has deseado/a estar muerto/a? Nunca _____ **a veces** _____ **Muchas veces** _____

En el último año:

¿Has pensado seriamente la posibilidad de suicidarte? Nunca _____ **Alguna vez** _____ **Muchas veces** _____
 ¿Has intentado hacerte daño con el fin de quitarte la vida? Nunca _____ **Alguna vez** _____ **Muchas veces** _____



RIESGO SALUD MENTAL. REFERENCIAS:

- Sospecha de consumo problemático de alcohol o drogas
- Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria
- Sospecha de depresión
- Ideación y/o intentos suicidas*

*Requiere intervención inmediata por parte del o la profesional que detecta riesgo, además de la referencia.



RIESGO EN SALUD MENTAL. REFERENCIAS:

- 3 o más azules en Drogas = Sospecha de consumo problemático de drogas.
- 3 o más azules en depresión e ideación su

C) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

8. Actividad sexual y riesgo de salud sexual

¿Actualmente tenés pareja o has tenido pareja en los últimos 12 meses? Si _____ No _____

¿Qué edad tiene? _____ **(Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor)** _____



¿Qué grado de acercamiento físico has alcanzado en tus relaciones **con ésta u otras personas?**

MOSTRAR CUADRO PETTING

Petting I ___ II ___ III ___ IV ___



(Adolescente menor de 15 años con petting III y IV) _____

PARA PERSONAS CON ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL O RECIENTE

Durante los últimos 6 meses ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales coitales?

1 persona _____ 2 personas _____ 3 o más personas _____

En las relaciones coitales que has tenido ¿utilizaron condón?

Siempre _____ **Algunas veces** _____ **Nunca** _____



Vos, o la persona con quien tenés relaciones coitales, ¿usan algún método anticonceptivo?

No _____ **No sabe** _____

Si _____ Método de ACH _____ DIU _____ **Método natural** _____

¿Ese método lo usás regularmente, de forma correcta (indagar)? Si _____ **No** _____ **No sabe** _____



9. Historia embarazos

¿Alguna vez has quedado embarazada/o? No ___ **Sí** ___ ¿Cuántas veces? _____

¿Estás embarazada/o ahora? No ___ **Sí** ___ ó ¿Crees que podrías estar embarazada/o? No ___ **Sí** ___



10. ITS/VIH

¿Alguna vez te han dicho que tenías una ITS (mencionarlas)? No _____ **Sí** _____

¿Tuviste un tratamiento para eso? No _____ Sí _____

¿Alguna vez has sospechado que podrías tener una ITS o VIH? (comentar algunos síntomas) No ___ **Sí** _____



11. Violencia- abuso sexual

¿Alguna vez mantuviste relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos, comida, ropa, licor, droga, otros? No ___ **Sí** _____

¿Alguna vez te han forzado a tener relaciones sexuales (incluyendo tu pareja)? No ___ **Sí** _____



¿Alguna vez te han obligado a realizar actos sexuales que no te gustaban (por ejemplo: desnudarte o acariciarte ante otras personas, tocar o que te toquen, ver personas desnudas, ver películas pornográficas, participar en chats o videos sexuales

por redes sociales, entre otros)?

No ___ **Si** ___

¿Has sido víctima de violencia/abuso/discriminación como resultado de actividades sexuales virtuales (por internet)?

No ___ **Si** ___

Si hay algún sí ¿Has hablado de esto con alguna persona? ¿Has pedido ayuda? No ___ Si ___

RIESGO BAJO

- Petting I.
 - Sin antecedente de abuso sexual.



RIESGO MODERADO

- Petting II.
- Petting III y IV con uso correcto de métodos de protección y anticonceptivos.
- Víctima de violencia, abuso y/o discriminación como resultado de actividades sexuales virtuales (por inter- net).



RIESGO ALTO

- Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor.
- Petting III y IV sin uso de métodos de protección ni anticoncepción, o desconocimiento del mismo.
- Adolescente menor de 15 años con Petting III y IV (con o sin protección).
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Adolescente madre o padre.
- Sospecha, diagnóstico o antecedentes de ITS/VIH.
- Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Referencias: Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor. Adolescente menor de 15 años con petting III y IV (con o sin protección). Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH. Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Riesgo SSR moderado y Riesgo alto: Asesoría en anticoncepción y protección sexual, prescripción de métodos según necesidades.

RESULTADOS

Evaluación del Riesgo:

Sin Riesgo

Riesgo Social

Riesgo Salud Mental

Riesgo Salud Sexual y Reproductiva

Riesgo Bajo _____

Riesgo Moderado _____

Riesgo Alto _____

Acciones de Salud Realizadas:

Evaluación del Riesgo Información

SS/SR Asesoría Anticoncepción

Provisión Anticoncepción

Provisión Condones

Tratamiento ITS/VIH/sida

Referencia servicio/nivel atención

¿Cuál? _____

Referencia a otra institución

¿Cuál? _____

Referencia a Consejería SS/SR

Referencia a Actividad Grupal Complementaria

¿Ha asistido a actividad grupal complementaria? Si _____

No _____ Fecha cuando asistió _____

¿Fue referido a Consejería en SS/SR? Si _____ No _____ Motivo de Referencia _____

Fecha de I sesión de Consejería _____ Fecha de II sesión de Consejería _____

Fecha de III sesión de Consejería _____

Aplicado por: _____

Este formulario debe incorporarse al Expediente de Salud