

HÁBITOS/ CONSUMO	1.SUEÑO NORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> horas por día <div></div>	4. COMIDAS FAMILIARES <div></div> nº comidas/día	7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFTT) <div>A. ¿En los últimos 12 meses has consumido? alcohol: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otra sustancia: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><div>Pje total B:</div></div> <div>B1. ¿Alguna vez has andado en AUTO ma- nejado por alguien (incluyéndote a ti mis- mo) que estuviera “volado” o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div> <div>B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div> <div>B3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div> <div>B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div> <div>B5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div> <div>B6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLE- MAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol?<div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></div></div>								
	Observaciones (indique número y comentario)										
	GINECO/ UROLÓGICO	1.MENARCA / ESPERMARCA <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> años meses <div><div></div><div></div></div></div>	2. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Fecha <div><div></div><div></div><div></div></div> n/c <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/></div>	3.RITMO MENSTRUAL Duración <div>n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/></div> <div></div> Periodicidad <div>n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/></div> <div></div>	5.FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/></div>	6.ITS / VIH <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuáles?<div></div></div> <div>Tratamiento <div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/></div></div> <div>Tratamiento contactos <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	7.EMBARAZO 8.HIJOS/AS 9.ABORTOS				
Observaciones (indique número y comentario)											
SEXUALIDAD	2. CONDUCTA SEXUAL <div><input type="checkbox"/> postergadora <input type="checkbox"/> anticipadora <input type="checkbox"/> activa <div></div> edad de inicio</div>	3. RELACIONES SEXUALES <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/></div>	5. USO DE CONDÓN <div><input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c</div>	6. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES <div><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c</div>	7. USO DE MAC <div><input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <div>¿Cual?<div></div></div> Consejería uso MAC no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Doble método no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/></div>	8.ACO de emergencia <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/></div>	10. VIOLENCIA DE PAREJA <div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/></div>				
	1. PAREJA <div><input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Edad pareja <div></div></div>	4.PRÁCTICAS SEXUALES <div>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> vía vaginal <input type="checkbox"/> vía oral <input type="checkbox"/> vía anal <input type="checkbox"/></div>	Observaciones (indique número y comentario)								
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL <div><input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con los demás</div>	2. VIDA CON PROYECTO <div><input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente</div>	3. ESTADO DE ÁNIMO <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Desanimado <input type="checkbox"/> Nervioso/ estresado <input type="checkbox"/> Irritable</div>	4. RIESGO SUICIDA <div>no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Deseo estar muerto/a (último mes)<div></div> Ideación suicida (último mes)<div></div> Intento suicida (últimos 3 meses)<div></div> Suicidio amigo/a o familiar cercano<div></div></div>	5. REFERENTE ADULTO/A <div>madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> <div></div></div> <div>nombre <div></div></div> <div>teléfono <div></div></div> <div>correo <div></div></div>						
	Observaciones (indique número y comentario)										
EXAMEN FÍSICO	1.PESO (kg) DE <div></div>	2.TALLA (cm) DE <div></div>	3. PER.CINTURA percentil <div></div>	4.IMC DE <div></div>	5.PRESIÓN ARTERIAL <div><div>/</div> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	mamas <div></div>	6. TANNER genital <div></div> con foto <input type="checkbox"/>				
	7. ASPECTO GRAL <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	8. PIEL <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	9. AGUD. VISUAL <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	10. AGUD. AUDITIVA <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	11.SALUD BUCAL <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	12. TIROIDES <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	13. CARDIO PULMONAR <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	14. ABDOMEN <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	15. COLUMNA <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	16. EXTREMI- DADES <div>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/></div>	
Observaciones (indique número y comentario)											
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL				DETECCIÓN DE RIESGO <div><div><input type="checkbox"/> Riesgo SSR <input type="checkbox"/> Riesgo suicida <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Riesgo psicoemocional <input type="checkbox"/> Violencia</div><div><input type="checkbox"/> Riesgo OH/drogas <input type="checkbox"/> Malnutr. por déficit <input type="checkbox"/> Malnutr. por exceso <input type="checkbox"/> Riesgo Deserción Escolar <input type="checkbox"/> Otro: _____</div></div>							
INDICACIONES				INTERCONSULTAS							