

Para poder atender mejor tu salud te agradecería contestaras este sencillo cuestionario. Es importante que contestes con sinceridad. Tus respuestas son confidenciales.

	SÍ	NO
Sobre mi salud física		
• A menudo me duele la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A menudo tengo dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A menudo tengo mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A menudo me siento cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A menudo tengo molestias en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores menstruales (chicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mojar la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Conozco el riesgo de enfermedades/accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilizo medios para evitar accidentes (casco, cinturón ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una enfermedad o accidente influyó mucho en mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sigo un tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre mis hábitos		
• Practico habitualmente algún deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo un hobby que me satisface	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sigo un régimen especial de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A menudo olvido alguna comida durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Duermo suficiente y bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fumo (poco o mucho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumo bebidas alcohólicas (poco o mucho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• He consumido algún tipo de droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• He tenido contacto con alguna secta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre aspectos de mi vida		
• Me siento a gusto conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Los demás tienen buena opinión sobre mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me veo demasiado/a gordo/a, delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me veo demasiado alto/a, bajo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa tener el pecho demasiado grande/pequeño (chicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa tener el pene demasiado pequeño (chicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suelo estar triste, deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo problemas en la escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo claro lo que voy a hacer en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa la relación de mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me gustaría cambiar la relación con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa quedar embarazada (chicas) o embarazar a alguien (chicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• No estoy listo para tener relaciones sexuales, pero me siento presionado a ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Me preocupa el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• No estoy seguro de mi preferencia sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo interrogantes sobre la sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Considero que los valores espirituales son importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo un amigo/a con el/la que puedo hablar de cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tengo otros problemas personales que quisiera hablar con el doctor, en vez de escribirlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>