



## Lista de verificación de cuidado – 10-19 Años de edad

Para estar más saludable: Lleve esta lista con usted a su próxima cita con su proveedor de cuidado primario (PCP) o su obstétrico/Ginecólogo. Es sumamente importante que usted sienta que puede hablar con su PCP sobre cualquier pregunta médica o preocupación. Hacer preguntas puede ayudarle a ser un miembro de su equipo de cuidado de salud.

- Pregunte *si* necesita cada examen de detección o prueba y *cuando*
- Escriba la fecha cuando recibió el servicio necesario, para cuando esta programado o cuando debe hacerlo

Esta lista esta diseñada para ayudarle a mantenerse en buen camino con su cuidado de salud. Su salud es única a usted y puede necesitar otros exámenes de detección o pruebas. Pregunte a su PCP si necesita pruebas adicionales específicas para usted.

### EN SU VISITA, HABLE CON SU PCP SOBRE:

- Problemas que esta teniendo con la pubertad, acné, la escuela, depresión, etc.
- Cuanta actividad física es correcta
- Que hacer si se siente triste o deprimido(a) o si alguna ves ha querido hacerse daño o a otras personas
- Seguridad: Bicicleta, deportes, natación, conducir, redes sociales, internet
- Actividad sexual y protección
- Sentirse a salvo en su hogar
- Tener a alguien con quien se siente seguro(a) para hablar sobre sus problemas

### EN SU VISITA, RECUERDE PREGUNTAR:

- ¿Cual es mi preocupación medica más importante?
- ¿Cuando dar seguimiento con su oficina?
- ¿Cuál es el historial medico de mi familia?

### CITAS:

	Fecha recibida/ programada
<input type="checkbox"/> Examen físico anual	
<input type="checkbox"/> Examen dental anual	
<input type="checkbox"/> Evaluación de la visión	
<input type="checkbox"/> Evaluación auditiva	
<input type="checkbox"/> Evaluación nutritiva	

### CONOSCA SUS NUMEROS:

- Presión sanguínea \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Altura \_\_\_\_\_
- Peso \_\_\_\_\_
- Índice de masa corporal (BMI) \_\_\_\_\_
- Valor de perfil de lípido/colesterol \_\_\_\_\_
- Nivel de HbA1c (Diabetes) \_\_\_\_\_

### VACUNAS:

	Fecha recibida/ programada
<input type="checkbox"/> Vacuna de gripe anual	
<input type="checkbox"/> Virus papiloma humano	
<input type="checkbox"/> Meningocócica conjugada	
<input type="checkbox"/> Tdap o Td <i>(Tétanos, difteria y tos ferina)</i>	

### EXAMENES Y PRUEBAS:

	Fecha recibida/ programada
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Uso de tabaco o alcohol	
<input type="checkbox"/> Examen de colesterol	
<input type="checkbox"/> Examen de diabetes	

### INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL:

<input type="checkbox"/> Detección de clamidia	
<input type="checkbox"/> Detección de gonorrea	
<input type="checkbox"/> Detección de HVI	