

**Adolescent and Young Adult Patient Exit Survey**  
**~ Spanish Version – Age 10-13 ~**

¿Qué edad tienes? _____	¿Cuál es tu sexo/género? _____											
<p>¿Cuál es tu raza/origen étnico?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Asiático</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hispano o latino</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Raza blanca</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Multirracial</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Raza blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático											
<input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o latino											
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Raza blanca											
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Otro _____											
<p>¿Cuál es el motivo de tu visita a la clínica el día de hoy?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Examen físico o chequeo</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Visita por enfermedad</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Visita por trastorno mental</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Examen físico o chequeo	<input type="checkbox"/> Visita por enfermedad	<input type="checkbox"/> Visita por trastorno mental	<input type="checkbox"/> Otro _____				
<input type="checkbox"/> Examen físico o chequeo	<input type="checkbox"/> Visita por enfermedad	<input type="checkbox"/> Visita por trastorno mental										
<input type="checkbox"/> Otro _____												
<p>¿Es la primera vez que consultas al médico que te atendió hoy?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No											
En la visita de hoy...												
	Sí	No	No estoy seguro	No quiero responder								
¿El médico escuchó todo lo que le dijiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿El médico te preguntó cómo te sientes físicamente (como peso sano o cambios corporales) y emocionalmente (como si te sientes triste o muy nervioso, o si estás en alguna relación peligrosa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿Le hablaste al médico sin que tus padres o tu tutor estuvieran en la sala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿Te dijo tu médico que no le contaría a nadie lo que hablaron (a menos que se sintiera preocupado de que te pudieras hacer daño a ti mismo o a otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿El médico se aseguró de que pudieras entender lo que te decía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿El médico pasó suficiente tiempo contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿El médico te hizo sentirte cómodo para que pudieras hacerle preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Comparte cómo te sientes al recibir atención médica en esta clínica.				
	Sí	No	No estoy seguro	No quiero responder
Obtengo lo que necesito para aprender acerca de mi salud en esta clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento cómodo hablando con mi médico acerca de temas privados (mi salud, mi vida en casa y las cosas que me gusta hacer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuáles son los servicios de salud que puedo obtener por mí mismo sin que mis padres lo sepan o lo aprueben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo llamarle o enviarle un correo electrónico a mi médico o a la clínica si tengo preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sala de espera tiene cosas que me interesa ver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de la recepción es amable con la gente joven como yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros jóvenes como yo deberían venir a esta clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Estás contento con la visita de hoy? ¿Cuán contento? (Elige una opción entre 1 y 5. 1=nada contento, 5=muy contento)				
1= Nada contento	2	3	4	5= Muy contento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué fue lo que más te gustó de la visita del día de hoy?				
¿Qué hubiera hecho que la visita fuese mejor para ti?				
¿Te gustaría agregar algo más?				