

# Registro de Bienestar Personal (Grados 9-12)

Por favor responde estas preguntas para que nos ayudes a conocerte.

**Tus respuestas las mantenemos confidenciales a menos que estés en peligro de lastimarte o de lastimar a otra persona, o si alguien te está lastimando. En ese caso, nos aseguraremos de que tengas el apoyo que necesitas para estar a salvo. Está bien no responder cualquier pregunta con la que no te sientas a gusto para responder.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?      **0 1 2 3**
- ¿Cuántas veces a la semana te pasas el hilo dental?      **0 1 2 3 4 5 6 7**
- ¿Necesitas cepillo de dientes e hilo dental en tu casa?      **Sí No**
- ¿Has visitado a un dentista en los últimos 12 meses?      **Sí No**

- ¿Haces ejercicio con regularidad?      **Sí No**      ¿Cuántos días por semana      **0 1 2 3 4 5 6 7**
- ¿Qué tipo de actividad física te gusta? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de cosas te gusta hacer en tu tiempo libre? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas horas al día miras televisión, juegas o utilizas las redes sociales?      **0 1 2 3 4 5 6 7+**
- ¿A qué hora te vas a dormir? \_\_\_\_\_      ¿A qué hora te despiertas? \_\_\_\_\_



- ¿Cuánto te quieres tú mismo?      **Nada 1 2 3 4 5 Mucho**
- ¿Qué tan feliz te sientes con tu peso?      **Nada 1 2 3 4 5 Mucho**
- ¿Te preocupas de cómo luce tu cuerpo?      **Sí No**
- ¿Has intentado bajar de peso saltándote comidas, provocándote vómitos, o tomando laxantes o pastillas?      **Sí No**
- ¿Cuentas con un adulto de confianza con quien puedas hablar en caso de que no te sientas satisfecho con tu cuerpo?      **Sí No**

- ¿Utilizas siempre el cinturón de seguridad en el coche?      **Sí No**
- ¿Utilizas el casco cuando andas en bicicleta, patineta o scooter?      **Sí No**
- ¿Necesitas ayuda para conseguir un casco?      **Sí No**
- Si hay armas en tu casa, ¿están cerradas con llave y guardadas en un lugar seguro?      **Sí No No tenemos armas de fuego**
- ¿Necesitas ayuda para conseguir un candado para tus armas?      **Sí No**





¿Con quién vives? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien te llevas con los que viven en tu casa? **Nada bien** 1 2 3 4 5 **Muy bien**

¿Te sientes seguro en tu casa? **Sí** **No**

¿Hay momentos en que tu familia no tiene suficientes alimentos para comer? **Sí** **No**



¿Cómo sientes que te va en la escuela? **No muy bien** 1 2 3 4 5 **Muy bien**

¿Qué tipo de calificaciones obtienes normalmente? **A B C D F**

¿Es difícil para ti leer, escribir o deletrear? **Sí** **No**

¿Alguna vez te han suspendido o te han referido a alguien más? **Sí** **No**

¿Alguien te acosa o te intimida? **Sí** **No**



¿Hay algo que te haga sentir preocupación, molestia o estrés? **Sí** **No**

¿Qué tipo de cosas te ayudan a sentirte menos estresado?

\_\_\_\_\_

¿Cuentas con un buen amigo o con un grupo de amigos con quienes te sientes a gusto? **Sí** **No**

¿Alguna vez alguien te lastimó, te tocó o te trató de una manera que te hizo sentir asustado o incómodo? **Sí** **No**

¿Quién es algún adulto que se preocupa por ti? \_\_\_\_\_

¿Te gustaría hablar con un terapeuta/consejero? **Sí** **No**



¿Cuáles son tus pronombres preferidos? **Ella/ella** **Él/él** **Ellos/ellas** **Otro** \_\_\_\_\_

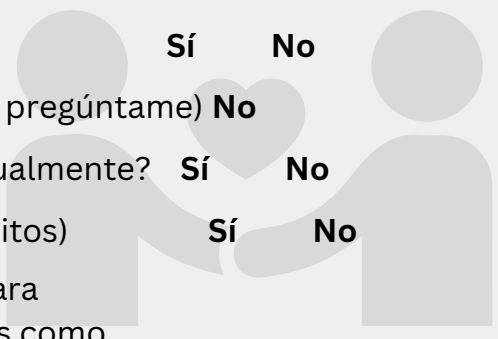
¿Te sientes apoyado en tu género e identidad sexual? **Sí** **No**

¿Has tenido sexo alguna vez? **Sí** (qué tipos: oral vaginal rectal pregúntame) **No**

¿Tienes interés en un examen de infecciones transmitidas sexualmente? **Sí** **No**

¿Quieres condones o algún tipo de anticonceptivo? (Son gratuitos) **Sí** **No**

¿Hay algún adulto de confianza con quien te sientes a gusto para hablar sobre las relaciones personales, el sexo, y las sustancias como la marihuana o el alcohol? **Sí** **No**



Por favor escribe cualquier pregunta o inquietud que quisieras hacernos saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_