



Safety Questionnaire

Name: _____ DOB: _____ Chart Number: _____

Patients 6- 12 years

(To Be Completed By The Parent)

Safety Questions

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Is your home completely free of guns? | Yes | No |
| 2. Does your home have a smoke alarm and fire extinguisher? | Yes | No |
| 3. Does your child know how to swim? | Yes | No |
| 4. Does your child know all of the POOL RULES, including NEVER swim without an adult present? | Yes | No |
| 5. Does your child always wear his/her seat belt? | Yes | No |
| 6. Does your child always wear a helmet when skating or bike riding? | Yes | No |
| 7. Does your child know how to cross the street safely? | Yes | No |
| 8. Does your child know what to do if approached by a stranger? | Yes | No |
| 9. Do you have concerns that you or your child will be hurt by someone you know? | Yes | No |

Notes: _____

Patients 13 Years and Up

(To Be Completed By The Patient)

Safety Questions

- | | | | |
|---------|--|-----|----|
| Do you: | Know how to swim? | Yes | No |
| | Wear a helmet while bike riding or skating? | Yes | No |
| | Wear your seat belt at all times while in an automobile? | Yes | No |

-
- | | | |
|--|---|----|
| 1. Do you have concerns about your health? | Yes | No |
| 2. Have you or your friends ever tried tobacco products, alcohol, or drugs? | Yes | No |
| | If YES: What have you used/tried? _____ | |
| 3. Are you stressed-out, worried, or unhappy at school or at home? | Yes | No |
| 4. Have you had a drop in your grades, been suspended from school or recently had any problems with the law? | Yes | No |
| 5. Do you worry about anyone physically hurting you? | Yes | No |
| 6. Have you ever thought of hurting yourself or someone else? | Yes | No |
| 7. Have you ever had sex? | Yes | No |
| | If YES: Do you use protection during sex (safe sex)? Yes No | |
| 8. FEMALES ONLY: Do you have any concerns about your periods? | Yes | No |
| | Date of first menstrual period? _____ Date of most recent period? _____ | |

Notes: _____

Cuestionario sobre la Seguridad

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de planilla: _____

Pacientes de 6 a 12 años

Preguntas sobre la seguridad

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está su casa totalmente libre de armas? | Sí | No |
| 2. ¿Tiene alarma contra incendio y extintor de incendios en su casa? | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo sabe nadar? | Sí | No |
| 4. ¿Su hijo conoce todas las REGLAS DE LA PISCINA, incluso la de NUNCA nadar si no hay un adulto presente? | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad? | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo siempre usa casco para patinar o montar en bicicleta? | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo sabe cruzar la calle en forma segura? | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo sabe qué hacer si se le acerca un extraño? | Sí | No |
| 9. ¿Tiene preocupaciones que alguien que conosen les harán daño a usted o su niño? | Sí | No |

Notas: _____

Pacientes de 13 años y mayores

Preguntas sobre la seguridad

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Sabes nadar? | Sí | No |
| ¿Usas casco para patinar o montar en bicicleta? | Sí | No |
| ¿Usas el cinturón de seguridad siempre que estás en un automóvil? | Sí | No |

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tienes alguna pregunta sobre tu salud? | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez tus amigos o tú probaron cigarrillos, alcohol o drogas?
Si contestas Sí: ¿Qué usaste o probaste? _____ | Sí | No |
| 3. ¿Estás agotado, preocupado o triste en el colegio o tu casa? | Sí | No |
| 4. ¿Bajaron tus notas en la escuela, te suspendieron en la escuela o has tenido recientemente problemas con la ley? | Sí | No |
| 5. ¿Te preocupa que alguien pueda lastimarte físicamente? | Sí | No |
| 6. ¿Alguna vez pensaste en lastimarte o lastimar a otros? | Sí | No |
| 7. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales?
Si contestas Sí: ¿Usas protección durante las relaciones sexuales (sexo seguro)? | Sí | No |
| 8. SOLO LAS NIÑAS/JÓVENES: ¿Tienes alguna pregunta sobre tus períodos menstruales?
¿Cuál fue la fecha de tu primer período menstrual? _____
¿Y la fecha del último período menstrual? _____ | Sí | No |

Notas: _____