



Cornell University
 Cooperative Extension
 of Suffolk County

¿Tenias Usted una Vida Secreta?

Como un adolescente, usted probablemente tenía una vida confidencial también. Verifique sus respuestas en el grafico debajo. Si usted no está cómodo contestando una pregunta, deje el espacio en blanco. Usted no tienes que compartir sus respuestas si no quieres.

Antes de graduarse de la escuela secundaria, ¿hizo lo siguiente?	Si	No	¿Sus padres supieron?
¿Fumo cigarrillos?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Estafo en un examen?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Corto una clase?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Corto un día de escuela?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Hurto mercancía de una tienda?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Agujero sus orejas u otras partes del cuerpo?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Se tatuó alguna parte de su cuerpo?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Fui a fiestas dónde el alcohol estaba presente?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Bebió bebidas alcohólicas cuando era menor de edad?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Uso drogas ilegales?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Manejo un automóvil sin un permiso o licencia?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Manejo un automóvil bajo la influencia de drogas o alcohol?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Estuvo un accidente del vehículo de motor?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Lo dispararon de un trabajo?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Se sentíós deprimido?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Piense de suicidio o trate de suicidarme?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Intencionalmente me inflige lesiones?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no
¿Estuvo relaciones sexuales antes de casarte?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivamente no