CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL
Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Edades 10 – 12

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Su niño tiene dificultad poniendo atención?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño parece:
- Desconfiar de otros?..... ☐ Si ☐ No
- Expresar pensamientos extraños?..... ☐ Si ☐ No
- Culpar a otros?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas en la escuela:
- Con comportamiento?..... ☐ Si ☐ No
- Con calificaciones?..... ☐ Si ☐ No
- Cortando clases?..... ☐ Si ☐ No

¿Usted tiene preocupación por su niño al:
- Comer?..... ☐ Si ☐ No
- Dormir?..... ☐ Si ☐ No
- Pesarlo?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño se queja con frecuencia de no sentirse bien?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene dificultad haciendo o manteniendo amigos?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño aparenta estar:
- Triste?..... ☐ Si ☐ No
- Con coraje?..... ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño demuestra alguno de estos comportamientos:
- Destruye la propiedad ajena?..... ☐ Si ☐ No
- Comienza incendios?..... ☐ Si ☐ No
- Miente?..... ☐ Si ☐ No
- Roba?..... ☐ Si ☐ No
- Escucha música con mensajes violentos?..... ☐ Si ☐ No
- Lastima niños más pequeños o animales?..... ☐ Si ☐ No
- Usa alcohol?..... ☐ Si ☐ No
- Usa drogas?..... ☐ Si ☐ No
- Fuma cigarrillos?..... ☐ Si ☐ No
- Esta sexualmente activo?..... ☐ Si ☐ No

(Continúa por detrás)

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

¿Existe historial de accidentes o lesiones?.....……..……..... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Existe algún historial de abuso o maltrato?…...…….....…….. ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Ha habido algún cambio reciente que haya sido drástico dentro de la familia del niño como:

- El nacimiento de otro niño?……..…….……..... ☐ Si ☐ No
- Mudanza?…….....…… ☐ Si ☐ No
- Divorcio o separación?……..... ☐ Si ☐ No
- Muerte de algún familiar cercano?……..... ☐ Si ☐ No
- Renuncia o despido de empleo?……..……..... ☐ Si ☐ No
- Problemas legales?……..... ☐ Si ☐ No
- Otros (por favor especifique)_____

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con la crianza de este niño?..... ☐ Si ☐ No
Por favor especifique_____

Proveedor: Explique dando detalles todas las contestaciones **afirmativas** que haya obtenido.

_____ _____
Firma del Proveedor Fecha

Número de Teléfono del Proveedor (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL

El niño que recibió el referido: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono del niño: _____

Referido a: _____

Razón del referido: _____