CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

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

Edades 13 – 20

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

¿Tienes dificultad poniendo atención?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia:
- Desconfías de otros?..... ☐ Si ☐ No
- Tienes pensamientos extraños?..... ☐ Si ☐ No
- Escuchas voces?..... ☐ Si ☐ No
- Tienes que hacer las cosas de la misma manera o sigues repitiéndolas?..... ☐ Si ☐ No

¿Tienes problemas en la escuela:
- Con Comportamiento?..... ☐ Si ☐ No
- Con Calificaciones?..... ☐ Si ☐ No
- Cortando clases?..... ☐ Si ☐ No

¿Te preocupas por:
- Comer?..... ☐ Si ☐ No
- Dormir?..... ☐ Si ☐ No
- Tu peso?..... ☐ Si ☐ No

¿Tienes dificultad haciendo o manteniendo amistades? ..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia te sientes:
- Triste?..... ☐ Si ☐ No
- Con coraje?..... ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?..... ☐ Si ☐ No

¿Has pensado o has hecho alguna de las siguientes cosas:
- Destruir propiedad ajena?..... ☐ Si ☐ No
- Lastimar a animales?..... ☐ Si ☐ No
- Comenzar incendios?..... ☐ Si ☐ No
- Escuchar música con mensajes violentos?..... ☐ Si ☐ No
- Usar alcohol?..... ☐ Si ☐ No
- Usar drogas?..... ☐ Si ☐ No
- Fumar cigarrillos?..... ☐ Si ☐ No
- Sexo sin protección?..... ☐ Si ☐ No
- Atentar suicidio?..... ☐ 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: _____

MARYLAND HEALTHY KIDS PROGRAM
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
HealthChoice and Acute Care Administration, Division of Healthy Kids

http://www.dhmh.maryland.gov/epsdt/ **2010**