

# CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

## Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Edades 3 – 5

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

¿Su niño moja o ensucia los pantalones con frecuencia? .....  Si  No

¿Su niño tiene problemas en el centro de cuidado o en la escuela?.....  Si  No

¿Le preocupa que su hijo:

Sueñe despierto?.....  Si  No

No preste atención?.....  Si  No

No se mantenga quieto?.....  Si  No

¿Su niño:

Se niega a obedecer?.....  Si  No

Se niega a jugar con otros?.....  Si  No

¿Se cansa fácilmente?.....  Si  No

¿Con frecuencia su niño parece estar:

Triste?.....  Si  No

Con coraje?.....  Si  No

Nervioso o asustado?.....  Si  No

Molesto?.....  Si  No

Desinteresado?.....  Si  No

¿Su niño tiene dificultad al dormir?.....  Si  No

¿Su niño tiene problemas para comer?.....  Si  No

¿Con frecuencia, su niño es cruel con los animales o con niños más pequeños?.....  Si  No

¿Existe historial de accidentes o lesiones?.....  Si  No

Si existe, por favor especifique: \_\_\_\_\_

(Continúa por detrás)

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

# CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

## Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿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