

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

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:..... Si No
- 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

¿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: _____