

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

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

¿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: _____