

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)

MARYLAND HEALTHY KIDS PROGRAM
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
HealthChoice and Acute Care Administration, Division of Children's Services

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 Children's Services