

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)

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 (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

<p>ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL</p> <p>El niño que recibió el referido: _____</p> <p>Dirección del niño: _____</p> <p>Número de teléfono del niño: _____</p> <p>Referido a: _____</p> <p>Razón del referido: _____</p>

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