

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 Children's Services

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 Children's Services