

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edades 6 – 9

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Su niño con frecuencia aparenta:

- Desconfiar de otros?..... Si No
Tener dificultad prestando atención?..... Si No
Culpar a otros?..... Si No

¿Usted tiene preocupación por su niño al:

- Comer?..... Si No
Dormir?..... Si No
Pesarlo?..... Si No

¿Con frecuencia su niño se queja de no sentirse bien?..... Si No

¿Su niño tiene problemas relacionándose con:

- Padres?..... Si No
Otros miembros de la familia?..... Si No
Amigos?..... Si No
Compañeros de la escuela?..... Si No

¿Su niño tiene problemas en la escuela con:

- Comportamiento?..... Si No
Calificaciones?..... Si No
No desear ir a la escuela?..... Si No

¿Con frecuencia su niño aparentar estar:

- Triste?..... Si No
Con coraje?..... Si No
Nervioso o asustado?..... Si No
Molesto?..... Si No
Desinteresado?..... Si No

¿Con frecuencia su niño:

- Destruye la propiedad ajena?..... Si No
Miente?..... Si No
Roba?..... Si No
Lastima niños más pequeños o animales?..... 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