



Cuestionario Sobre la Ingesta de Salud Mental-Versión Niño/Adolescente

Nombre del Joven: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre de la Persona que Completa este Formulario: _____

Relación al Joven: _____

¿Qué desafíos o problemas tiene que le llevaron a buscar servicios?

¿Cuáles son sus objetivos y / o expectativas para su atención en Bluebonnet Trails Community Services?

Revise lo siguiente y verifique cualquier síntoma que el joven sufrir de:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Incapacidad para disfrutar actividades habituales |
| <input type="checkbox"/> Distracción severa | <input type="checkbox"/> Tratar de hacer demasiado | <input type="checkbox"/> Cambios involuntarios de peso |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo agitado | <input type="checkbox"/> Pereza | <input type="checkbox"/> Dormiendo demasiado o no lo suficiente |
| <input type="checkbox"/> Falta de energía / cansancio | <input type="checkbox"/> Sentirse culpable o Sin Valor | <input type="checkbox"/> Ver o oír cosas que otros no ven ni oyen |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse con otros | <input type="checkbox"/> Miedo intenso a situaciones sociales |
| <input type="checkbox"/> Arrebatos de ira | <input type="checkbox"/> Incapacidad para relajarse | <input type="checkbox"/> Intentos de herirse, lastimarse o mutilarse a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Demasiado ansioso para salir de casa | <input type="checkbox"/> Pensamientos repetitivos u obsesivos |
| <input type="checkbox"/> Miedos irracionales | <input type="checkbox"/> Siempre en guardia | <input type="checkbox"/> Acciones repetitivas |
| <input type="checkbox"/> Autoestima bajo | <input type="checkbox"/> falta o necesidad de dormir | <input type="checkbox"/> Discurso excesivo o presionado |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte o suicidio | <input type="checkbox"/> Pensamientos o comportamientos violentos |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para mantenerse sobrio | <input type="checkbox"/> Uso reciente de drogas / alcohol | <input type="checkbox"/> Trauma |



- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No respeta la autoridad | <input type="checkbox"/> Agresión / intimidación / acoso / tiranizar | <input type="checkbox"/> Robando |
| <input type="checkbox"/> Incendio de fuego | <input type="checkbox"/> Abuso de animales | <input type="checkbox"/> Daños a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Engaño | <input type="checkbox"/> Culpar a otros | <input type="checkbox"/> Absentismo escolar / Huyendo de casa |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

Tratamiento pasado de salud del comportamiento¿

- Hospitalización psiquiátrica impaciente? Sí, # de admisiones: _____ No
- ¿Desintoxicación? Sí, # de admisiones: _____ No
- ¿Tratamiento de rehabilitación? Sí, # de admisiones: _____ No
- ¿Tratamiento ambulatorio intensivo? Sí, # de admisiones: _____ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Tratamiento psiquiátrico o para pacientes ambulatorios actuales o pasados:

- ¿Visitas a la oficina de psiquiatra o enfermero practicante? Sí No
- Terapia con un psicólogo o consejero? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Diagnósticos previos: _____



Por Favor enumere todos los medicamentos psiquiátricos **anteriormente** tomados:

Nombre	Beneficios	Efectos secundarios	Motivo descontinuado

Información del seguro de salud (si corresponde):

Nombre del plan de salud: _____ Nombre de la persona asegurada: _____

Política #: _____ Fecha de Vigencia: _____

Información adicional que necesitamos saber sobre usted o su situación en este momento: