

Relación hacia el niño: _____

INFORMACIÓN DE SU HIJO PARA EL MÉDICO

La salud emocional y física va de la mano en los niños. Los padres son los primeros que notan un problema con el comportamiento de sus hijos, las emociones de aprendizaje. Usted puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible respondiendo a estas preguntas. Por favor marque la casilla que mejor describe a su hijo. Si usted no desea responder a una pregunta, puede dejarla en blanco.

Por favor circulé la respuesta que mejor describa a su hijo:

PSC	NUNCA	AVECES	MUY SEGURO	Use de la oficina		
				I	A	E
1. Nervioso, incapaz de quedarse quieto	0	1	2			
2. Se siente triste, infeliz	0	1	2			
3. Sueña despierto demasiado	0	1	2			
4. Se niega a compartir	0	1	2			
5. No comprende los sentimientos de otras personas	0	1	2			
6. Se siente sin esperanzas	0	1	2			
7. Tiene problemas para prestar atención	0	1	2			
8. Pelea con otros niños	0	1	2			
9. Se critica a si mismo	0	1	2			
10. Culpa a otros por sus problemas	0	1	2			
11. Parece divertirse menos	0	1	2			
12. No obedece las reglas	0	1	2			
13. Actúa como si tuviera un motor	0	1	2			
14. Molesta o se burla de otros	0	1	2			
15. Se preocupa mucho	0	1	2			
16. Toma cosas que no le pertenecen	0	1	2			
17. Se distrae fácilmente	0	1	2			

¿Hasta qué punto los problemas o dificultades que círculo arriba interfieren con la vida cotidiana de su hijo?

	nunca	Solo un poco	Mucho	Muchísimo
18. ¿Las dificultades que ha marcado arriba molestan o angustian a su hijo?	0	1	2	3
19. ¿Las dificultades que ha marcado arriba son una carga para usted y su familia?	0	1	2	3
20. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con la vida de su hijo en casa?	0	1	2	3
21. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las amistades de su hijo?	0	1	2	3
22. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las actividades de su hijo?	0	1	2	3
23. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con la escuela o aprendizaje?	0	1	2	3
24. ¿Cree que su hijo puede tener problemas con el alcohol o las drogas?		Si		NO
25. ¿Está su hijo bajo el asesoramiento o viendo un especialista de salud mental?		Si		NO
26. ¿Su hijo tiene un PES (Plan Educativo Individualizado) en la escuela?		Si		NO
27. ¿Existen problemas o preocupaciones sobre su hijo, usted o en su familia a usted le gustaría hablar en privado con su médico?		Si		NO

Examen de Detección de Salud Conductual Pediátrica (Edades 5 a 16)

Nombre del niño: _____ Fecha del examen: _____

Resultados del examen

La lista de verificación de síntomas pediátricos del paciente fue

- negativo.
- positiva para: síntomas interiorizados síntomas exteriorizados síntomas de atención síntomas generales

Los síntomas anotados en la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos del paciente

- no dan lugar a impedimentos funcionales.
- dan lugar a impedimentos funcionales para:
- el menor la familia las actividades del menor la vida doméstica del menor las amistades del menor el estudio o el aprendizaje del menor

El cuidador se preocupó por el consumo de alcohol o drogas del paciente: No Sí

El cuidador tuvo otras preocupaciones: No Sí. La preocupación fue _____

El paciente es seguido actualmente por un proveedor de salud mental. No Sí. El proveedor es _____

El paciente actualmente tiene un Plan de Educación Individualizado en la escuela: No Sí

Motivo del PEI: _____

Resumen del examen

El examen general del paciente fue:

- negativo.
- positivo, pero el paciente ya es seguido por un proveedor de salud mental.
- positivo y merece más seguimiento.
- positivo y merece más evaluación.

Intervención

- Se revisaron los resultados del examen con el paciente/familia.
- Se discutió con el paciente/familia el impacto de los resultados del examen en la salud del paciente y la necesidad de:
- seguimiento continuado de los síntomas del paciente.
 - evaluación adicional por un proveedor de salud conductual.
 - seguimiento al paciente con el proveedor de salud mental actual del paciente.
 - seguimiento de la familia con el personal escolar del paciente.
- Si se considera el TDAH, se seguirá evaluando el TDAH con el Protocolo de Evaluación de Vanderbilt.
- Se dio al paciente/familia copia de los resultados del examen.

Remisión

- No se hizo remisión en este momento.
- Se remitió al paciente a servicio interno de Salud Conductual/Psicología Pediátrica para más recomendaciones de evaluación y tratamiento.
- Se remitió al paciente a _____
- El paciente/familia tiene cita _____
- Se dio al paciente/familia el número de contacto de Salud Conductual (800) 652-2010 para que pida ayuda en la localización de un proveedor de salud mental que lleve a cabo una evaluación adicional.

Comentarios

Firma del médico: _____ Fecha: _____