Pantalla de salud Behavioral pediátrica (edades 4-16)
Persona Completando esta Forma_____

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 SEGUIDO**		*Office Use*		
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	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 que a usted le gustaría hablar en privado con su médico?	Si		NO	

Pediatric Behavioral Health Screen (Ages 4-16)

Child's Name:_____ Screening Date:_____

Screening Results

Patient's Pediatric Symptom Checklist was

☐ negative.

☐ positive for: ☐ internalizing symptoms ☐ externalizing symptoms ☐ attention symptoms ☐ overall symptoms

Symptoms endorsed on patient's Pediatric Symptom Checklist

☐ do not result in functional impairment.

☐ result in functional impairment for:

☐ child ☐ family ☐ child activities ☐ child's home life ☐ child's friendships ☐ child's school or learning

Caregiver had concern for patient's use of alcohol or drugs: ☐ No ☐ Yes

Caregiver had other concerns: ☐ No ☐ Yes- Concern was_____

Patient currently followed by a mental health provider: ☐ No ☐ Yes-Provider is _____

Patient currently on an Individualized Education Plan at school: ☐ No ☐ Yes

Reason for IEP:_____

Screening Summary

Patient's overall screen was:

☐ negative.

☐ positive, but patient is already followed by a mental health provider.

☐ positive and warrants further monitoring.

☐ positive and warrants further assessment.

Intervention

☐ Reviewed screening results with patient/family.

☐ Discussed with patient/family impact of screening results on patient's health & need for:

☐ continued monitoring of patient's symptoms.

☐ further assessment by a behavioral health provider.

☐ family to follow-up with patient's current mental health provider.

☐ family to follow-up with patient's school personnel.

☐ If ADHD is considered, then will further assess for ADHD with Vanderbilt Assessment Protocol.

☐ Patient/family given copy of screening results.

Referral

☐ No referral made at this time.

☐ Referred patient to in house Behavioral Health/ Pediatric Psychology service for further assessment and treatment recommendations.

☐ Referred patient to_____

☐ Patient/family has appointment_____

☐ Patient/family given Behavioral Health contact (800) 652-2010 to call for assistance with location a behavioral health provider to conduct further assessment.

Comments

_____

_____

Physician signature:_____ Date:_____