

**FORMULARIO DE LA HISTORIA DE SALUD PARA NIÑOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Persona que contesta las preguntas: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

¿Por qué solicita ayuda? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de servicios de salud del comportamiento está solicitando?

\_\_\_\_\_ Terapia/asesoramiento solamente

\_\_\_\_\_ Evaluación psiquiátrica y posible control de medicamentos psicotrópicos (*Med Mgmt*)

\_\_\_\_\_ Combinación de terapia con *Med Mgmt* Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene un terapeuta actualmente? Proporcione su nombre y ubicación: \_\_\_\_\_

¿Tiene un psiquiatra actualmente? Proporcione su nombre y ubicación: \_\_\_\_\_

¿Tiene un médico de atención primaria actualmente? Proporcione su nombre y ubicación: \_\_\_\_\_

Otros especialistas / médicos que lo tratan (es decir, logopeda (terapia del habla), neurólogo):

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación y Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación y Empleador \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Otros médicos de atención primaria: \_\_\_\_\_

Si los padres están divorciados o separados, ¿cuál es el acuerdo de custodia?: \_\_\_\_\_

Miembros de la familia y hermanos(as) que no viven en el mismo hogar:

Nombre	Edad	Sexo	Parentesco con usted

Número de cambios de residencia desde que nació el niño(a): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo en un orfanato o con una familia temporal? \_\_\_\_\_

¿Estuvo en otro tipo de albergue o residencia que no fuera su hogar? \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN:**

Grado escolar actual: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha reprobado algún grado? Si sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Calificaciones actuales: \_\_\_\_\_

Está su hijo en:  Clases normales  Educación especial  Clases avanzadas (*Gifted/Talented*)  Escuela alternativa

**HISTORIA DEL DESARROLLO / SOCIAL / MÉDICA**

*Instrucciones: Por favor lea cada pregunta, marque con una 'X' en la casilla correspondiente y escriba comentarios cuando sea necesario.*

Embarazo de la madre con el bebé: Parto:  Vaginal  Cesárea Parto inducido:  S  N

Se usaron fórceps:  S  N ¿Hubo complicaciones?  S  N

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

Embarazo de término completo:  S  N Si "No", ¿A las cuantas semanas nació el(la) bebé? \_\_\_\_\_ semanas

¿Cuánto tiempo permaneció el bebé en el hospital después del parto? \_\_\_\_\_

¿Otros comentarios? (i.e., ictericia o color amarillo en la piel, parto de gemelos, problemas para respirar durante el parto). Favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó el(la) bebé? lbs oz

¿Fumó o consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados (fuera de las vitaminas prenatales) o drogas de la calle durante el embarazo?  S  N Si "sí", favor de explicar: \_\_\_\_\_

<b>MILESTONES: marcar con círculo</b>	<b>Anticipado</b>	<b>Normal</b>	<b>Tarde</b>
Se sentó sin ayuda	6 meses	8 meses	9 meses o más
Gateó en su pecho	8 meses	9 meses	10 meses o más
Se paró solo	10 meses	11 meses	12 meses o más
Dijo 2 palabras además de mamá/papá	10 meses	11 meses	12 meses o más
Caminó solo	11 meses	12 meses	13 meses o más
Caminó bien solo	11 meses	15 meses	16 meses o más
Dijo 3 a 6 palabras	14 meses	15 meses	16 meses o más
Usó 2 palabras juntas	antes de 2 años	2 años	mayor de 2 años
Dejó de usar pañales	2 ½ a 3 años	3 a 3 ½ años	mayor de 3 ½ años

**Social:** ¿Habla su hijo(a) bien con otras personas?  S  N

¿Su hijo(a) tiene amigos?  S  N ¿Su hijo(a) juega bien con otros niños?  S  N

¿Su hijo(a) está teniendo relaciones sexuales?  S  N (comentarios): \_\_\_\_\_

**Diagnóstico actual de salud mental:** \_\_\_\_\_

**Diagnósticos pasados de salud mental:** \_\_\_\_\_

**Hábitos alimenticios:** ¿Tiene su hijo(a) problemas con su alimentación o con su apetito? \_\_S \_\_N

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

**Dormir:** ¿Cuántas horas duerme su hijo(a)? \_\_\_\_ ¿Qué tanto demora en conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

¿Tiene pesadillas? \_\_S \_\_N ¿Sonambulismo? \_\_Y \_\_N ¿Terroros nocturnos? \_\_Y \_\_N Otro: \_\_\_\_\_

**Dolor:** ¿Tiene algún dolor ahora? \_\_\_\_ S \_\_\_\_ N Puntaje de dolor: 0-10 (siendo 10 el peor): \_\_\_\_\_

(Si sí, explique): \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo(a)?** \_\_\_\_\_ **¿último examen dental?** \_\_\_\_\_

Evaluación neurológica \_\_\_\_ S \_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de traumatismo craneoencefálico? \_\_S \_\_N *Si sí, explique por favor:* \_\_\_\_\_

¿A qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Perdió la conciencia? \_\_S \_\_N

¿**Hospitalizaciones médicas?** \_\_S \_\_N *En caso afirmativo, indique el año y las razones:* \_\_\_\_\_

¿**Cirugías / operaciones?** \_\_S \_\_N *En caso afirmativo, indique el año y las razones:* \_\_\_\_\_

Problemas psicológicos / enfermedad mental (se pedirán detalles durante la cita)

¿Su hijo(a) ha abusado del alcohol o de las drogas? \_\_S \_\_N Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otra inquietud médica aquí: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna alergia?** \_\_S \_\_N, indique los medicamentos, alimentos y alergias ambientales específicos:

PASADAS HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS, COLOCACIONES EN CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL:

---

**MEDICAMENTOS ACTUALES CON RECETA:**

---

**MEDICAMENTOS ACTUALES SIN RECETA / SUPLEMENTOS HERBALES / VITAMINAS:**

---

**Legal:** \_\_\_\_\_ Historia de cargos legales (marque: pasado actual pendiente) ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ¿Historial de libertad condicional / cárcel / prisión? ¿Dónde y cuándo?

---

**Abuso:** ¿Algún antecedente de abuso físico o sexual? ¿Sospecha de algún abuso físico o sexual? Si sí, explique brevemente: \_\_\_\_\_

---

¿CPS (*Child Protective Services*, Servicios de protección al niño) estuvo o está involucrado? Si sí, explique brevemente: \_\_\_\_\_

---

¿Su hijo(a) Has your child ever witnessed domestic violence? Si sí, explique brevemente: \_\_\_\_\_

---

**EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD:**

¿Hay armas de fuego en su casa? \_\_ Sí\_\_ No. En caso afirmativo, ¿están las armas de fuego guardadas en forma segura? (es decir, guardar las armas bajo llave, guardar y separar las municiones bajo llave, mantener las armas descargadas) \_\_ Sí\_\_ No

**Por seguridad, ¿cuál de las siguientes opciones estaría dispuesto a hacer (marque todas las opciones que correspondan)?** \_\_ Retirar las armas de la casa \_\_ Dejar las armas en casa, guardadas de forma segura  
\_\_ Guardar bajo llave los objetos cortantes (es decir, cuchillos, navajas de afeitar, hachas, sierras, otras herramientas, etc.) \_\_ Guardar bajo llave todos los productos inflamables (es decir, gasolina, líquido para encendedores, etc.) y encendedores \_\_ Guardar bajo llave cadenas y cuerdas \_\_ Guardar bajo llave todos los medicamentos de venta libre y recetados.

Fecha de hoy/Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/Child's Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: \_\_\_\_\_

Teléfono/Parent's Phone Number: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño durante los últimos seis meses.

**Directions:** Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.

Esta evaluación se refiere a un período en el que su hijo(a)

Is this evaluation based on a time when the child

 tomaba medicamentos  
was on medication

 no tomaba medicamentos  
was not on medication

 no lo recuerda  
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD.  
Revisión - 1102



**D3s2 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES**  
**NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued**

Fecha de hoy/Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/Child's Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: \_\_\_\_\_

Teléfono/Parent's Phone Number: \_\_\_\_\_

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3



**D3s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES**  
**NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued**

Fecha de hoy/Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/Child's Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: \_\_\_\_\_

Teléfono/Parent's Phone Number: \_\_\_\_\_

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
31. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3



**D3s4 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES**  
**NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued**

Fecha de hoy/Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/Child's Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: \_\_\_\_\_

Teléfono/Parent's Phone Number: \_\_\_\_\_

<b>Comportamiento Performance</b>	<b>Excelente/ Excellent</b>	<b>Sobre lo normal/ Above Average</b>	<b>Normal/ Average</b>	<b>Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem</b>	<b>Con dificultad/ Problematic</b>
48. Comportamiento general en la escuela <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
49. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
50. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
51. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	1	2	3	4	5

**Comentarios/Comments:**

**For Office Use Only**

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: \_\_\_\_\_

Total Symptom Score for questions 1–18: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: \_\_\_\_\_

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: \_\_\_\_\_

Average Performance Score: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Cuestionario breve de la satisfacción de la vida para estudiantes (Huebner, 1997)

Para estas seis preguntas díganos por favor, su nivel de satisfacción con diferentes áreas de tu vida. **Círculo la mejor respuesta para cada uno:**

**“ Yo describiría mis satisfacción con...**

	terrible	infeliz	sobre todo insatisfecho/a	Mixto (sobre igualmente e insatisfechos)	principalmente satisfecho/a	satisfecho/a	muy satisfecho/a
<i>1. Mi vida familiar como...</i>							
<i>2. Mis amistades como...</i>							
<i>3. Mis experiencias en la escuela como...</i>							
<i>4. Sobre mí como...</i>							
<i>5. Mi casa /donde yo vivo como...</i>							
<i>6. Mi vida general como:</i>							
<b>Suma</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Suma** \_\_\_\_\_

**÷ 6 =** \_\_\_\_\_



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para ayudarnos a entender sus necesidades médicas o las de su hijo, y para poder atenderles mejor, por favor responda las siguientes preguntas. Es posible que algunas preguntas no correspondan a usted o a su hijo. Si ese es el caso, por favor responda "No". Gracias.

¿Qué nivel de dolor siente en la escala de 0 (No duele) – 10 (Duele el máximo)? \_\_\_\_\_ Ubicación/Naturaleza del dolor \_\_\_\_\_

- o Sí      o No      ¿Se ha hecho un examen médico completo en el último año?  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Quién se lo hizo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- o Sí      o No      ¿Tiene una *Psychiatric Advanced Directive* o PAD? Una *Psychiatric Advanced Directive* o *Directiva Siquátrica Avanzada* es un documento legal que le permite a otra persona tomar decisiones legales en nombre de usted si usted llegara a enfermarse gravemente y no pudiera tomar decisiones respecto a su propio tratamiento.
- o Sí      o No      ¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones? (Marque todo lo que corresponda.)
  - o Pérdida involuntaria de peso, de 10 libras (4.5 kilos) o más, en los últimos 3 a 6 meses.
  - o Una enfermedad o problema que le obligó a cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come.
  - o Problemas en los dientes o en la boca que le dificultan comer.
  - o Un cambio importante en su deseo de comer o en su consumo de alimentos en las últimas dos semanas.
  - o ¿Le preocupa haber perdido el control sobre cuánto come? ¿Se provoca el vómito cuando se siente lleno? ¿Come a escondidas?
- o Sí      o No      ¿Es capaz de cuidarse a sí mismo como lo hacía antes o hacer las cosas como las solía hacer?
- o Sí      o No      ¿Está teniendo problemas financieros? ¿No puede pagar por las cosas que necesita?
- o Sí      o No      ¿Tiene problemas constantes y en forma repetida por apostar o participar en juegos de azar al punto que le causa alguna angustia emocional, personal o profesional?
- o Sí      o No      ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos en la escuela o debido a su nivel educativo?
- o Sí      o No      ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos en el trabajo o debido a su situación laboral?
- o Sí      o No      ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos debido a problemas legales?
- o Sí      o No      ¿Hay cosas relacionadas con su identidad cultural que están teniendo un impacto en sus razones para solicitar ayuda?  
¿Hay cosas relacionadas con su identidad cultural que le están causando dificultades?
- o Sí      o No      ¿Está activo sexualmente?
- o Sí      o No      ¿Está siendo obligado u obligada a tener relaciones sexuales?
- o Sí      o No      ¿Está alguien haciéndole amenazas de tipo sexual o causándole algún daño de tipo sexual o tocándole en una forma que le incomoda?
- o Sí      o No      ¿Está alguien haciéndole amenazas físicas, le está lastimando o acosando?
- o Sí      o No      ¿Está alguien haciéndole amenazas verbales o emocionales o está haciendo que se sienta mal de usted mismo(a)?
- o Sí      o No      ¿Alguien le está impidiendo:
  - hablar con quien usted quiere hablar?
  - ir a donde quiere ir?
  - ver a quien quiere ver?
  - obtener comida, agua, ropa o un lugar para vivir?
  - ir al doctor o tomar medicina?
  - usar su dinero?

Other comments: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Instrumentos de medición de la intensidad del dolor

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. Used with permission.

**For Office Use only:**

Referral to Primary Care	<input type="radio"/> Not indicated, per screen	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Complete/ROI for outside PCP sent	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
Referral to Nutrition	<input type="radio"/> Not indicated, per screen	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
Other referral(s):		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined

Provider Name and Credentials (Print)

Provider Signature

Date



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*En cada una de las declaraciones por favor marque la respuesta que mejor corresponda a su situación. Si no está seguro acerca de cómo contestar alguna de las declaraciones, por favor hable con su proveedor de atención médica para aclarar sus dudas. Es posible que algunas declaraciones no correspondan a su caso o el de su hijo; si es así por favor conteste "No". Si usted es un padre o una madre que está contestando por su hijo, por favor conteste las preguntas desde el punto de vista de su hijo.*

<b>Factores históricos</b>		
No	Sí	
		¿Algún familiar o amigo cercano suyo se trató de suicidar en el pasado?
		¿Alguna vez ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha pensado en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha actuado sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?

<b>Factores actuales</b>		
No	Sí	
		¿En los últimos 6 meses ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿En los últimos 6 meses actuó sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?
		¿En los últimos 6 meses se mostró violento o agresivo contra otras personas o cosas?
		¿En los últimos 6 meses ha pensado en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Tiene planes de suicidarse, de lastimarse o de matar o lastimar a otros?
		¿Está teniendo problemas para fijarse objetivos o hacer planes para el futuro?
		¿Pretende lastimarse o suicidarse?
		¿Tiene dificultades para seguir las instrucciones de tratamiento de su doctor o terapeuta?
		¿Ha escrito una nota de suicidio o ha empezado a deshacerse de su propiedad importante?



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

No	Sí	
		¿Ha escuchado cosas que otras personas no escuchan? ¿Le dan instrucciones de lo que debe hacer?
		¿Está perdiendo esperanza o siente que nada puede ayudarlo?
		¿Siente que su vida no vale nada o que no tiene propósito?
		¿Tiene problemas para dormir?
		¿Está evitando estar con otras personas o de hacer cosas con otras personas?
		¿Se siente culpable, mal consigo mismo o avergonzado de usted mismo?
		¿Se siente más enojado o solo?
		¿Siente como que su ánimo siempre está en un “sube y baja” o que está fuera de control?
		¿Siente que no está seguro o que le va a pasar algo malo?
		¿Tiene dolor crónico, que se repite de vez en cuando o que es constante?

<b>Factores situacionales</b>		
No	Sí	
		¿Se siente enfermo si no toma bebidas alcohólicas o si no usa drogas por poco tiempo?
		¿Tiene una enfermedad grave que durará mucho tiempo?
		¿Ha sufrido una pérdida recientemente? (por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, un divorcio o una separación)
		¿Ha tenido cualquier otra noticia mala recientemente?
		¿Tiene discusiones frecuentes con sus amigos o compañeros de trabajo?

<b>Factores de protección</b>		
No	Sí	
		¿Cuenta con el apoyo de su familia?
		¿Cuenta con el apoyo de su esposo(a) o compañero(a)?
		¿Está usted a cargo del cuidado de un niño o de un miembro de la familia?
		¿Sus amigos ofrecen apoyo cuando usted lo necesita?
		¿Tiene sólidas creencias religiosas o espirituales que lo mantienen seguro y le impiden lastimarse así mismo?

No	Sí	
		¿Se graduó de la escuela superior preparatoria ( <i>high school</i> ) u obtuvo su GED?
		¿Tiene una forma apropiada de resolver situaciones difíciles?