

Cuestionario para niños y adolescentes: versión 1

Nota para los padres o tutores: Nos será de ayuda que su hijo complete la mayor parte de este cuestionario como sea posible. No dude en ayudarlo con cualquier pregunta que no sepa cómo responder o si tiene alguna dificultad para leer, escribir o comprender las preguntas.

Información del joven:

Nombre preferido: _____ Edad _____ Pronombres preferidos: ____ Identidad de género preferida: _____

Información de los padres o tutores legales:

Nombre: _____

Actualmente cuento con la custodia completa custodia compartida tutela legal.

¿Por qué decidió acudir a recibir servicios hoy? ¿Cómo espera que podamos ayudarlo?

¿Recibió hoy una remisión para los servicios (es decir por parte de un profesor, la escuela, un consejero, el médico, un hospital, la policía, los servicios de libertad condicional, el tribunal, etc.)?

No Sí: En caso afirmativo, ¿quién hizo la remisión?

SALUD MENTAL

Describa cualquier síntoma o problema de salud mental que haya padecido en el último mes:

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento para uno de los siguientes trastornos de salud mental?

No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Trastorno de ansiedad | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Trastorno alimentario |
| <input type="radio"/> Trastorno de déficit de atención e hiperactividad | <input type="radio"/> Trastorno del estado de ánimo | <input type="radio"/> Problemas en el aprendizaje |
| <input type="radio"/> Trastorno negativista desafiante | <input type="radio"/> Trastorno de estrés postraumático | <input type="radio"/> Retraso intelectual o en el desarrollo (es decir: autismo) |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | |

¿Alguna vez ha recibido alguno de los siguientes tratamientos? No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Servicios ambulatorios | <input type="radio"/> Unidad de estabilización en casos de crisis | <input type="radio"/> Manejo de la ira | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Servicios domiciliarios intensivos | <input type="radio"/> Servicios intensivos para pacientes ambulatorios | <input type="radio"/> Tratamiento para agresores sexuales | |
| <input type="radio"/> Servicios de estabilización móvil en casos de crisis | <input type="radio"/> Programa de Hospitalización Parcial | <input type="radio"/> Tratamiento residencial | |

En caso afirmativo, indique a los proveedores de tratamiento actuales o anteriores:

Fecha aproximada de ingreso o alta	Nombre del proveedor, de la oficina o del establecimiento

¿Ha presenciado alguno de los siguientes eventos traumáticos en su vida? No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso verbal | <input type="radio"/> Negligencia | <input type="radio"/> Agresión física | <input type="radio"/> Violencia doméstica |
| <input type="radio"/> Abuso emocional | <input type="radio"/> Acoso escolar | <input type="radio"/> Accidente grave | <input type="radio"/> Crimen violento |
| <input type="radio"/> Abuso físico | <input type="radio"/> Padre o madre adictos | <input type="radio"/> Lesión en la cabeza/lesión cerebral traumática (TBI) | <input type="radio"/> Violencia en la comunidad |
| <input type="radio"/> Abuso sexual | <input type="radio"/> Muerte de los progenitores | <input type="radio"/> Suicidio | <input type="radio"/> Discriminación o crimen de odio |
| <input type="radio"/> Violación/abuso sexual | <input type="radio"/> Fallecimiento de un ser querido | <input type="radio"/> Comportamientos/gestos de autolesión | <input type="radio"/> Catástrofe natural |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | | |

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Indique a continuación si ha consumido o consume las siguientes sustancias:

Tipo de sustancias	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?	¿Cómo lo consume? (con humo, vía oral, por inhalación, ingestión, por vía intravenosa [IV])	Edad que tenía la primera vez que consumió	Fecha de la última vez que consumió
<input type="radio"/> Tabaco o nicotina (incluido el vapeo)					
<input type="radio"/> Alcohol					
<input type="radio"/> Marihuana					
<input type="radio"/> Éxtasis/«Molly», dietilamida del ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (PCP), cannabinoides sintéticos, hongos u otros alucinógenos					
<input type="radio"/> Anfetamina/«anfeta»					
<input type="radio"/> Cocaína/«crack»					
<input type="radio"/> Heroína					
<input type="radio"/> Metadona/Suboxone (no recetado)					
<input type="radio"/> Opiáceos					
<input type="radio"/> Benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Klonopin)					
<input type="radio"/> Barbitúricos (Fioricet, Seconal, Tuinal, etc.)					
<input type="radio"/> Otro: _____					

¿Ha recibido o recibe alguno de los siguientes servicios o tratamientos? No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Servicios ambulatorios | <input type="radio"/> Centro de recuperación/Oxford House | <input type="radio"/> Tratamiento residencial |
| <input type="radio"/> Servicios intensivos para pacientes ambulatorios | <input type="radio"/> Desintoxicación para paciente internado | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Programa de Hospitalización Parcial | <input type="radio"/> Tratamiento asistido por medicación (es decir, metadona, naltrexona, suboxone, vivitrol) | |

En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿dónde ha recibido tratamiento?

Fecha aproximada de ingreso o alta	Nombre del proveedor, de la oficina o del establecimiento

¿Alguien le ha expresado inquietud ante su uso de sustancias? No Sí

¿Considera que tiene un problema de consumo de sustancias? No Sí

¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia causado por las sustancias que consume o consumía? No Sí

(Marque todas las opciones que correspondan).

- Convulsiones
- «Delirium Tremens»
- Alucinaciones
- Temblores/escalofríos
- Dolores musculares
- Náuseas/vómitos
- Sudor
- Mayor tolerancia
- Patrón de consumo excesivo
- Diarrea/deposiciones con sangre
- Otro: _____

ANTECEDENTES GENERALES Y MÉDICOS

¿Padece alguna afección médica crónica? No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- Enfermedad de Alzheimer
- Trastorno sanguíneo/células falciformes
- Dolor crónico
- Diabetes
- Dolores de cabeza/migrañas
- Colesterol alto
- Enfermedad hepática
- Úlceras estomacales/problemas gastrointestinales
- Otro: _____
- Anemia
- Trastornos intestinales/síndrome del intestino irritable (SII)
- Fatiga crónica
- Epilepsia
- Pérdida de la audición
- Enfermedad renal
- Pancreatitis
- Embarazo
- Artritis
- Cáncer
- Demencia
- Fibromialgia
- Hiper o hipotiroidismo
- Hipoglucemia
- Distensión muscular
- Accidente cerebrovascular
- Asma
- Enfermedad cardíaca
- Afección odontológica
- Hepatitis A, B o C
- Presión arterial alta o baja
- Enfermedad de Lyme
- Infarto de miocardio/ataque cardíaco
- Enfermedad de transmisión sexual

¿Actualmente toma medicaciones recetadas? No Sí

En caso afirmativo, indíquelos a continuación o proporcione una copia del registro de administración de la medicación.

Medicamento	Fecha de inicio	Dosis y frecuencia	Razones	Proveedor	¿Es de ayuda? Sí/No

¿Algunos de los síntomas mencionados han afectado a las siguientes áreas de su vida? No Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- Prácticas de atención médica
- Estabilidad de vivienda
- Comunicación
- Seguridad
- Gestión del tiempo
- Administración de dinero/pertenencias
- Nutrición
- Resolución de problemas
- Relaciones familiares
- Consumo de alcohol/drogas
- Ocio
- Recursos comunitarios
- Relaciones sociales/amistades
- Sexualidad
- Estudios/productividad
- Habilidades de afrontamiento
- Normas de comportamiento
- Higiene personal
- Cuidado personal
- Vestimenta

En caso afirmativo, explique de forma breve:

¿Tiene alguna inquietud sobre las relaciones íntimas, la sexualidad o la identificación de género que desee compartir?

No Sí En caso afirmativo, describa a continuación:

¿Hay alguna información adicional que, en su opinión, será de ayuda durante el proceso de evaluación?

No Sí En caso afirmativo, describa a continuación: