

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM
Psychiatric/MH Questionnaire - Child/Adolescent

Fecha de la cita (mes/día/año) <i>(Appointment date – month/day/year)</i>	Terapeuta <i>(Therapist)</i>
Dirección <i>(Address)</i>	
Escuela <i>(School)</i>	Grado <i>(Grade)</i>

Organización de la clase *(Class arrangement)*:

- Especial *Special*
 Regular *Regular*
 Combinación *Combination*
 Capítulo 1 *Chapter 1*
 Evaluación de plan educativo individual *Individual educational plan evaluation*

Lugar de residencia actual *(Current living arrangement)*:

- Casa de los padres *Parent home*
 Hogar de acogida *Foster home*
 Centro residencial *Residential facility*
 Otro *(Other)* _____

Cuidador/Relación <i>(Caretaker/Relationship)</i>	Cuidador/Relación <i>(Caretaker/Relationship)</i>
Nombre <i>(Name)</i>	Nombre <i>(Name)</i>
Dirección <i>(Address)</i>	Dirección <i>(Address)</i>
Teléfono particular <i>(Home phone number)</i>	Teléfono particular <i>(Home phone number)</i>
Teléfono laboral <i>(Work phone number)</i>	Teléfono laboral <i>(Work phone number)</i>
Padre, madre o tutor legal (persona autorizada legalmente para firmar por los medicamentos y el tratamiento) <i>Parent or legal guardian (person legally authorized to sign for medication and treatment)</i>	
Dirección y teléfono, si son diferentes de los anteriores <i>Address and phone number if different than above</i>	

Origen de la derivación *(Referral source)*

Derivado por *(Referred by)* _____

Médico de cabecera del niño *(Child's primary physician)* _____

Dirección *(Address)* _____

Desea que se le envíe una copia de la evaluación de esta cita al médico del niño: Sí No
Would you like a copy of the evaluation from this appointment sent to the child's doctor: Yes No

Desea que se le envíe una copia de la evaluación de esta cita a otra persona: Sí No
Would you like a copy of the evaluation from this appointment sent to someone else: Yes No

En caso afirmativo, especificar a quién _____
If yes, specify to whom

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Inquietudes (Concerns)

¿Sobre qué inquietudes o problemas desea hablar en la cita? _____
What concerns/problems do you wish to discuss in the appointment

¿Cuál cree que fue la causa de estos problemas? _____
What do you believe caused these problems

¿Cuánto hace que le preocupa el niño o adolescente? _____
How long have you been concerned about your child or teenager

¿Cuáles son sus objetivos con respecto a la cita? _____
What are your goals for the appointment

Revisión de los síntomas (Review of symptoms)

Marque (✓) cualquiera de los siguientes aspectos que pudieran crear un problema grave para el niño o adolescente:
Check (✓) any of the following areas that may create a major issue for your child or teenager

- Interrupciones frecuentes de conversaciones de adultos
Frequent interruption of adult conversation
- Impulsivo y siempre en movimiento
Impulsive and always on the go
- Hiperactivo o incapaz de quedarse quieto
Hyperactive or unable to sit still
- No puede prestar atención a detalles o comete errores por descuido
Fails to give close attention to details or makes careless mistakes
- Olvidadizo
Forgetful
- Fantasioso
Daydreaming
- Rebeldía y desobediencia
Defiance and disobedience
- Rabietas frecuentes
Frequent temper tantrums
- Problemas para hacer amigos en el vecindario
Problems making friends in neighborhood

- Problemas para hacer amigos en la escuela
Problems making friends in school
- Conductas autoagresivas
Aggression to self
- Autolesiones/mutilación
Self abuse/mutilation
- Agresiones a otras personas, especificar
Aggression to others, specify
- Destrucción de la propiedad
Destruction of property
- Crueldad hacia los animales
Animal cruelty
- Mentiras
Lying
- Robo
Stealing
- Provocación de incendios
Fire setting

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

- Escapar de la casa
Running away from home
- Escapar de la escuela
Running away from school
- Problemas legales/con la policía
Police/legal trouble
- Preocupación relacionada con las drogas
Concern about drugs
- Preocupación relacionada con el alcohol
Concern about alcohol
- Consumo de tabaco/cigarrillos
Tobacco use/smoking
- Depresión, tristeza o descontento
Depression, sadness or unhappiness
- Cambios extremos de estado de ánimo
Extreme mood swings
- Retraimiento
Withdrawal
- Irritabilidad
Irritability
- Dolor en el cuerpo, de cabeza o de estómago
Body aches, headaches, stomachaches
- Llanto frecuente
Frequent crying
- Intento de suicidio
Suicide attempt
- Pensamientos relacionados con el suicidio
Thoughts of suicide
- Comentarios negativos sobre sí mismo
Negative comments about self
- Problemas para dormir
Sleep problems
- Problemas relacionados con el apetito
Appetite problems
- Preocupaciones
Worries
- Pesadillas
Nightmares

- Vergonzoso o tímido
Shy or timid
 - Angustia
Nail biting
 - Orinar o defecar en la cama
Bed wetting/soiling
 - Repite ciertos comportamientos una y otra vez
Repeats certain act over and over
 - Evita ciertos objetos o lugares
Avoid certain things or places
 - Incómodo en situaciones sociales
Uncomfortable in social situations
 - Ataques de pánico
Panic attacks
 - Prefiere jugar con niños más pequeños
Prefers younger children as playmates
 - Prefiere jugar con niños más grandes
Prefers older children as playmates
 - Retrasos en el desarrollo
Developmental delays
 - Problemas o retrasos del habla
Speech problems or delays
 - Colecciona objetos, especificar
Collects things, specify
-
- Malinterpreta las ideas
Misinterprets ideas
 - Conducta extraña, explicar
Strange behavior, explain
-
- Desconfianza
Suspiciousness
 - Paranoia
Paranoia
 - Pensamientos o ideas poco comunes
Unusual thoughts or ideas

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Página 4 de 11

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Marque (✓) la casilla correspondiente si el niño tiene alguno de los siguientes problemas en la escuela:
Check (✓) if your child has any of the following school problems:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje
<i>Learning problems</i> | <input type="checkbox"/> Problemas para leer
<i>Reading problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés en la escuela
<i>Lack of interest in school</i> | <input type="checkbox"/> Se niega a ir a la escuela
<i>Refusal to go to school</i> |
| <input type="checkbox"/> Ausencias a la escuela
<i>Skiping school</i> | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela
<i>Behavioral problems in school</i> |
| <input type="checkbox"/> Suspensión escolar
<i>School suspension</i> | <input type="checkbox"/> Repitió de grado (qué grado _____)
<i>Repeated any grade (what grade)</i> |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones inferiores al promedio
<i>Below average grades</i> | |

Antecedentes psiquiátricos (*Psychiatric history*)

¿Alguna vez intentó llevar a terapia al niño o adolescente? Sí No
Have you ever tried therapy for your child or teenager: Yes No

En caso afirmativo (*If yes*):

1. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde _____ Por qué motivo _____
Where For what problems

Resultado _____
Outcome

2. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde _____ Por qué motivo _____
Where For what problems

Resultado _____
Outcome

3. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde _____ Por qué motivo _____
Where For what problems

Resultado _____
Outcome

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

¿Ha estado internado alguna vez el niño por problemas conductuales o emocionales? Sí No
Has your child ever been hospitalized for behavioral or emotional problems: Yes No

En caso afirmativo: Cuándo (*When*) _____

If yes:

Dónde (*Where*) _____

Motivo (*Reason*) _____

¿El niño tiene un diagnóstico psiquiátrico? Sí No
Does your child have any psychiatric diagnosis: Yes No

En caso afirmativo, indicar cuál _____

If yes, what

¿Toma medicamentos actualmente? Sí No En caso afirmativo:
Is your child currently on medications: Yes No If yes:

Nombre del Medicamento (<i>Name of Medication</i>)	Efecto (<i>Effect</i>)

¿El niño alguna vez ha tomado medicamentos por problemas conductuales o emocionales? Sí No
Has your child been on medications for behavioral or emotional problems in the past: Yes No

En caso afirmativo, enumerar _____

If yes, list

¿Tuvo alguna reacción adversa a los medicamentos? Sí No En caso afirmativo:
Any adverse reaction to any of the medications: Yes No If yes:

Nombre del Medicamento (<i>Name of Medication</i>)	Efecto (<i>Effect</i>)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Antecedentes de abuso (Abuse history)

¿El niño ha experimentado alguna clase de abuso? Sí No
Has your child ever experienced any abuse: Yes No

En caso afirmativo, indicar el tipo de abuso: Físico Sexual Emocional Negligencia
If yes, type of abuse: Physical Sexual Emotional Neglect

¿Ha tenido alguna conducta peligrosa? Sí No
Any past dangerous behavior: Yes No

En caso afirmativo, especificar _____
If yes, specify

¿Se le han realizado pruebas psicológicas? Sí No
Any past psychological testing: Yes No

En caso afirmativo, indicar dónde _____ (presentar copia del informe en la evaluación)
If yes, where (bring copy of report to evaluation)

¿El niño ha estado alguna vez en un hogar de recogida, un hogar comunitario o un centro de tratamiento residencial? Sí No
Has your child ever been placed in a foster home, group home, or residential treatment center: Yes No

En caso afirmativo: Dónde (Where) _____
If yes: Cuándo (When) _____

Antecedentes médicos (Medical history)

Marque (✓) la casilla correspondiente si el niño ha tenido:
Check (✓) any of the following that your child has experienced:

- Meningitis
Meningitis
- Encefalitis
Encephalitis
- Ataques epilépticos o convulsiones
Seizure/Convulsion
- Infecciones en los oídos
Ear infection
- Colocación de tubos en los oídos
Tubes placed in ears
- Infecciones en los senos nasales
Sinus infection
- Neumonía
Pneumonia
- Asma
Asthma
- Enfermedades o problemas cardíacos
Heart disease/problem
- Tics nerviosos
Nervous twitches or tics

- Temblor
Tremor
- Dolores recurrentes de cabeza o de estómago
Recurrent headaches/stomachaches
- Varias lesiones o fracturas de huesos
Severe injuries or broken bones
- Intoxicación con plomo
Lead poisoning
- Problemas de audición
Hearing problems
- Problemas de la vista
Vision problems
- Conmoción
Concussion
- Lesiones en la cabeza
Head injuries
- Fractura de cráneo
Skull fracture

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Hospitalizaciones u Operaciones <i>(Hospitalizations/Operations)</i>	Edad <i>(Age)</i>	Descripción <i>(Description)</i>

Alergias: Sí No
Allergies: Yes No

En caso afirmativo, especificar _____
If yes, specify

Vacunas a la fecha: Sí No
Immunizations up-to-date: Yes No

Solamente para adolescentes de sexo femenino *(For adolescent females only):*

Inicio del primer periodo menstrual: Sí No
Onset of menstrual period: Yes No

¿Tiene periodos menstruales inusuales o irregulares? Sí No
Have menstrual periods been unusual or irregular: Yes No

¿Ha estado embarazada alguna vez? Sí No
Any past pregnancies: Yes No

Antecedentes del desarrollo *(Developmental history)*

La madre del niño tuvo un total de _____ embarazos y tiene _____ hijos vivos.
Child's mother had a total of (#) pregnancies and has (#) iving children.

Complicaciones durante los embarazos: Sí No
Any complications with pregnancy: Yes No

En caso afirmativo, especificar _____
If yes, specify

¿Tuvo la madre fiebre, enfermedades o infecciones? Sí No
Did mother have any fevers, illness, or infections: Yes No

¿Estuvo expuesta la madre a medicamentos? Sí No
Was mother exposed to medications: Yes No

En caso afirmativo, indicar cuál _____
If yes, what

¿Estuvo expuesta la madre a rayos X? Sí No
Was mother exposed to x-ray: Yes No

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

¿Consumió la madre alcohol o drogas ilegales durante el embarazo? Sí No
Did mother use alcohol or illicit drugs during pregnancy: Yes No

¿Fumó tabaco la madre durante el embarazo? Sí No
Did mother use tobacco during pregnancy: Yes No

El embarazo concluyó: En término Pretérmino Postérmino
Pregnancy was for how long: Full term Preterm Post term

El parto fue: Vaginal Por cesárea Con fórceps
Delivery was: Vaginal C-section Forceps

¿Cuánto duró el trabajo de parto? _____
How long did labor last

Puntaje de Apgar (si lo recuerda) _____
Apgar score (if you remember)

Peso al nacer _____ Longitud _____
Birth weight Length

Complicaciones posparto tales como infecciones, hemorragia, depresión posparto (melancolía posparto): Sí No
Any complications postpartum such as infection, bleeding, postpartum depression (baby blues): Yes No

En caso afirmativo, especificar _____
If yes, specify

Bebé: Llegó a su casa en el plazo habitual
Baby: Came home on time

Se le transfirió a la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos durante _____ días
Was transferred to an NICU for (#) days

¿Cómo describiría el nivel de actividad del niño durante la lactancia y la niñez temprana?
Looking back through infancy and early childhood, how would you describe activity level:

Alto Bajo Promedio
High Low Average

¿El bebé lloraba más de lo habitual? Sí No
Did the baby cry more than average: Yes No

¿El bebé tenía muchos cólicos? Sí No
Was the baby "colicky": Yes No

¿El bebé tenía problemas para relacionarse? Sí No
Did the baby have any problems bonding: Yes No

Problemas para alimentarse: Sí No
Trouble with feeding: Yes No

Problemas para dormir: Sí No En caso afirmativo, indicar a qué edad _____
Trouble with sleep: Yes No If yes, what age

¿Cómo describiría el temperamento del bebé? Bebé fácil Bebé difícil
How would you describe his/her temperament: Easy baby Difficult baby

Bebé desafiante Lento para animarse Con muchos cólicos Moderado
Challenging baby Slow to warm up Colicky Moderate

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

¿Cómo describiría el desarrollo del niño (sentarse, caminar, hablar, aprender a ir al baño, etc.) durante el primero y el segundo año de vida?

Looking back to the first 1 – 2 years of your child’s life, how would you describe your child’s development (sitting, walking, talking, toilet training, etc.):

- Principalmente a tiempo o antes *Mostly on time or early* Principalmente tarde o con retraso *Mostly late or delayed* A tiempo, excepto _____ *On time, except*

¿Tuvo problemas el niño para separarse de usted? Sí No
Did your child have any problems separating from you: Yes No

Golpes en la cabeza: Sí No En caso afirmativo, indicar a qué edad _____
Head banging: Yes No If yes, what age

Programa de niñez temprana: Sí No En caso afirmativo, especificar _____
Early childhood program: Yes No If yes, specify

Asistencia a prejardín de infantes: Sí No
Attending pre-K: Yes No

Antecedentes familiares de problemas psiquiátricos
Family history of psychiatric problems

Marque (✓) todas las opciones que correspondan:
Check (✓) all that apply:

Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>Biological</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>	Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>(Biological)</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>
	Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>			Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>	
Ansiedad (<i>Anxiety</i>)				Depresión (<i>Depression</i>)			
Alucinaciones (<i>Hallucinations</i>)				Consumo de alcohol (<i>Alcohol use</i>)			
Cambios de estado de ánimo (<i>Mood swings</i>)				Problemas en la escuela (<i>School problems</i>)			
Depresión maníaca (<i>Manic depression</i>)				Arrestos, problemas legales, delitos graves (<i>Arrest, legal problems, felonies</i>)			
Trastornos alimentarios (<i>Eating disorders</i>)							
Intento de suicidio (<i>Suicide attempt</i>)				Retraso mental (<i>Mental retardation</i>)			
Consumo de drogas (<i>Drug use</i>)				Ataques de pánico (<i>Panic attacks</i>)			
Síndrome de Tourette o tics (<i>Tourette’s/Tics</i>)				Convulsiones o epilepsia (<i>Seizure or epilepsy</i>)			
Problemas de temperamento (<i>Temper problems</i>)				Adicción a juegos de azar (<i>Gambling</i>)			
Paranoia (<i>Paranoia</i>)				Hiperactividad (<i>Hyperactivity</i>)			

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiátrica/SM (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN MHN	F. nac. DOB	Edad Age	Sexo Gender
--	------------	----------------	-------------	----------------

Historia social (Social history)

Agresivo: Sí No

Aggressive: Yes No

Se relaciona bien con otros niños: Sí No

Mixes well with other children: Yes No

Estableció un buen contacto visual: Sí No

Made good eye contact: Yes No

Algún otro aspecto de su infancia _____

Any other thing in his/her childhood

Miembros de la familia (Family membership)

¿Con quién vive el niño actualmente?

Who does your child live with now:

Nombre <i>Name</i>	Edad <i>Age</i>	Relación con el niño <i>Relationship to Child</i>	Educación <i>Education</i>	Ocupación <i>Occupation</i>	Salud <i>Health</i>

Información del padre/madre biológico (si no se incluyó anteriormente):

Birth parent information (if not listed above):

Nombre del Padre/Madre Biológico <i>Birth Parent Name</i>	Edad <i>Age</i>	Educación <i>Education</i>	Trabajo <i>Job</i>
Madre (Mother)			
Padre (Father)			

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Agentes estresantes familiares (Family stressors)

Marque (✓) la casilla correspondiente si alguno de los siguientes eventos se produjo en los últimos 12 meses:
 Check (✓) if any of the following have occurred in the last 12 months):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padres separados (<i>Parents separated</i>) | <input type="checkbox"/> El padre/madre cambió de trabajo o comenzó a trabajar (<i>Parent changed/started job</i>) |
| <input type="checkbox"/> Padres divorciados (<i>Parents divorced</i>) | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar o amigo (<i>Death of a family member or friend</i>) |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres (<i>Parental conflict</i>) | <input type="checkbox"/> Otro (<i>Other</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Mudanza de la familia (<i>Family moved</i>) | _____ |
| <input type="checkbox"/> El niño cambió de escuela (<i>Child changed school</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Exposición a violencia (<i>Exposure to violence</i>) | |

Estado civil (Marital information)

Los padres están: Casados Separados Divorciados Nunca se casaron Cohabitan (viven juntos)
Parents are: Married Separated Divorced Never married Cohabiting (live together)

¿Quién tiene la custodia legal? Padre y madre Madre Padre Otro, especificar _____
Who has legal custody: Both parents Mother Father Other, specify

Cronograma de visitas _____
Visitation schedule

Información social (Social information)

¿Cómo se relaciona el niño o adolescente con sus amigos? _____
How does the child or teenager relate to his/her friends

¿Cómo se relaciona el niño o adolescente con sus hermanos? _____
How does the child or teenager relate to his/her siblings

¿Cuáles son las fortalezas del niño (talentos, pasatiempos, intereses)? _____
What is your child's strengths (talents, hobbies, interests)

Gracias por dedicar unos momentos para completar este cuestionario.
Thank you for taking time to complete this questionnaire.

 Firma del paciente (o del representante legal del paciente)
Patient signature (Patient's legal representative)

 (Relación)
(Relationship)

_____/_____/_____
 Fecha (mes/día/año)
Date (month/day/year)