

**BEHAVIOR CHECKLIST FOR HEAD START MENTAL HEALTH REFERRALS**

\*Completion facilitated by family advocates\*

Date of Referral \_\_\_\_\_ (signed authorization must be attached)

Child's Name \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Center that child attends \_\_\_\_\_ Center Phone # \_\_\_\_\_

Family Advocate \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

Parent(s) Names \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

City / State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone # h \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_

*Instructions: Parent and/or Teacher can complete checklist. Check all behaviors that apply to the child. If behavior is predominately at home, mark an "H", predominately at the Center, mark a "C".*

1. Feelings:

- restless
- sad
- guilty
- euphoric
- irritable
- feels out of control
- sullen
- fearful
- lonely
- cries excessively
- cries too little
- anxious
- angry
- self critical

2. Behavior:

- Impulsive
- sets fires
- problems in school
- threatens/harms others
- overactive
- suicidal
- sexually acts out
- sexually offends
- sexually preoccupied
- steals
- tortures animals
- self-destructive
- lies
- substance abuse
- destroys property
- refuses to talk
- compulsive
- listless

3. Social Interactions:

- Withdraws
- may cling excessively
- difficulty making & keeping friends
- failure to respond socially
- aggressive
- defiant
- argues excessively
- inattentive
- acts young
- victimized
- disobedient: may involve legal violations

4. Thinking:

- frequently confused
- daydreams excessively
- out of touch with reality
- distracted
- bizarre ideation
- mistrustful
- obsessive
- delusional
- blames others
- frequent memory loss
- problems concentrating
- suicide ideation

5. Physical problems:

- wets bed
- wets during day
- soils pants
- frequent stomachaches
- low weight/weight loss or gain
- vomits or uses laxatives
- problems eating (poor appetite, nausea, eats non-foods)
- frequent headaches
- lacks energy
- problems sleeping (nightmares, sleep-walking)

Reason for the referral: \_\_\_\_\_

If already receiving services, name of current therapist: \_\_\_\_\_

**LISTA DE CHEQUEO DE COMPORTAMIENTO PARA REFERENCIAS DE SALUD MENTAL DE HEAD START**

Behavior Checklist for Head Start Mental Health Referrals

Fecha de Referencia \_\_\_\_\_ (con autorización firmada adherida solamente)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Centro que atiende el Niño \_\_\_\_\_ TEL. del Centro \_\_\_\_\_

Trabajadora Familiar \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

Nombres de los Padres del niño \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ TEL. Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Los Padres o El maestro pueden llenar la lista de chequeo. Marque todos los comportamientos que aplican al niño. Si el comportamiento es mas común en la casa **marque una "H"** pero si el comportamiento es más común en el centro **marque una "C"**.*

1. Sentimientos

inquieto  
triste  
culpable  
eufórico  
irritable  
fuera de control  
huraño  
miedoso  
solitario  
llora excesivamente  
casi no llora  
ansioso  
enojado  
se critica demasiado

2. Comportamiento

impulsivo  
prende la chispa  
problemas en la escuela  
lastima/amenaza a otros  
súper activo  
suicidarse  
preguntas o interés en sexo  
ofende sexualmente  
preocupado de su sexualidad  
roba  
tortura a los animales  
destrutivo  
mente  
de droga  
destruye todo  
no quiere hablar  
compulsivo

3. Interacción Social

distraer  
se adhiere excesivamente  
dificultad para hacer  
y conservar amigos  
no responde socialmente  
agresivo  
provocativo  
discute excesivamente  
distráido, desatento  
actúa aniñado  
victimado  
desobediente:  
posiblemente envuelve  
violaciones legales

4. Pensando

frecuentemente confundido  
ensueño excesivamente  
no se conecta con la realidad  
distráido  
extraña ideación  
desconfiado, receloso  
obsesivo  
desilusionado  
Culpar a otros de sus problemas  
Frecuente perdida de memoria  
Problemas en concertarse  
Ideas de suicidarse

5. Problemas Físicos

se orina en la cama  
se orina durante el día  
ensucia los pantalones  
frecuentes dolores de estomago  
bajo de peso/perdida de peso  
vomita o usa laxantes  
problemas de comer (poco apetito  
nauseas, come cosas que no debe)  
frecuentes dolores de cabeza  
sin energías  
problemas con dormir (pesadillas,  
caminar dormido)

Razón por la que fue referido \_\_\_\_\_

Sí ya esta recibiendo servicios nombre de la trapista actual \_\_\_\_\_