



LISTA DE CONTROL PARA LA SALUD MENTAL
FORMA DE REFERENCIA PARA NIÑO / ADOLESCENTE

Para Emergencia (crisis) Llamar al (541) 474-5360
Attn: Coordinador de Admisión CRT ■ Equipo de Recursos para Niños ■ Options for Southern Oregon, Inc. ■ Salud Mental
1181 SW Ramsey Ave ■ Grants Pass, OR 97526
Teléfono: (541) 244-3103 ■ Fax: (541) 479-2450

Fecha de referencia: _____ MH Cliente número de caso: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ Nacimiento: _____
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección: _____ Teléfono: _____ Edad: _____ F _____ M _____
(Calle) (Ciudad) (código postal)

Nombre de los Padres/Guardián Legal: _____ Escuela: _____

Persona o Agencia de Referencia (Si es otra que los padres) _____ Teléfono: _____

Médico de Cabecera (doctor): _____ Padres conscientes de la referencia? Yes ___ No ___

Instrucciones: Circule todos los comportamientos que se aplican a este niño o adolescente.
Por favor refiera a un niño o adolescente a para una evaluación de salud mental cuando sea indicado.

1. SENTIMIENTOS

- a. inquieto(a) / agitado(a)
b. triste
c. culpable
d. eufórico
e. irritable
f. se siente fuera de control
g. huraño(a)
h. temeroso(a)
i. solitario(a)
j. llora excesivamente
k. llora demasiado poco
l. ansioso(a)
m. enojado(a)
n. se critica a sí mismo

4. MANERA DE PENSAR

- a. con frecuencia se confunde
b. sueña despierto excesivamente
c. Fuera de contacto con la realidad
d. distraído(a)
e. Ideas extrañas
f. desconfiado(a)
g. obsesivo(a)
h. delirante
i. culpa a los demás
j. pérdida de memoria frecuentes
k. problemas de concentración
l. ideas suicidas

2. COMPORTAMIENTO

- a. impulsivo(a) / irreflexivo(a)
b. iniciador de incendios
c. problemas en la escuela
d. amenaza/daña otros
e. hiperactivo(a)
f. suicida
g. actúa sexualmente
h. ofende sexualmente
i. sexualmente preocupado
j. Intentos de robo
k. daña a los animales
l. autodestructivo(a)
m. mentiroso(a)
n. hace drogas
o. destruye la propiedad
p. se niega a hablar
q. compulsivo(a)
r. indiferente

3. INTERACCIONES SOCIALES

- a. retraído
b. se aferra excesivamente
c. Dificultad para hacer y mantener amigos
d. falta de respuesta social (infantes)
e. agresivo(a)
f. desafiante
g. argumenta excesivamente
h. desatento
i. actúa joven
j. perseguido(a) / tratado injustamente
k. desobediente: posibles violaciones legales

5. PROBLEMAS FÍSICOS

- a. moja la cama
b. moja su pantalones durante el día
c. defeca (se hace popó) en los pantalones
d. dolores de estómago frecuentes
e. aumento/pérdida de peso
f. vomita o usa laxantes
g. problemas con la comida
(Falta de apetito, náuseas, no come alimentos)
h. frecuentes dolores de cabeza
i. Le falta energía
j. Problemas de dormir o durante el sueño
(pesadillas, sonámbulo (a)/camina dormido (a))

Motivo de Recibir Servicios: _____

Consejero(a) Anterior: _____ Consejero(a) Solicitado: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Insurance Information:

OHP Recipient ID No: _____ Effective Date: _____ Perc Code: _____

[] SEXUAL ABUSE REFERRAL

Assigned Therapist: _____

Revised: September 2014