

Evaluación de Bienestar - Menores

Al completar este breve cuestionario nos ayudará a brindar servicios que se adapten a las necesidades del menor. Responda cada pregunta lo mejor posible y revise las respuestas con el terapeuta del menor. Marque los círculos así: ●

Apellido de Niño	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento del Menor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
No. de Identificación	No. de Autorización	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre)	Fecha Actual	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Identificación del Terapeuta	Teléfono del Terapeuta	Estado MRef <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

Visita No. : 1 o 2 3 a 5 Otro

Parentesco con el menor:

Madre
 Padre
 Madrastra/Padrastro
 Otro Parentesco
 Menor/Sí Mismo
 Otro

Para las preguntas 1-21, tenga en cuenta la experiencia que ha tenido.

Marque el círculo que mejor describe al menor:	Nunca	A Veces	A Menudo
1. Destruyó propiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se sintió desdichado o triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Su conducta causó problemas en la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tuvo arrebatos de cólera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La preocupación le impidió realizar sus actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se sintió inútil o inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tuvo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cambió de ánimo rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Consumió alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estuvo inquieto, le costó permanecer sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tuvo conductas repetitivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Consumió drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Se preocupó por casi cualquier cosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Necesitó atención constante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿En qué medida los problemas del menor han causado...	Nada en Absoluto	Un Poco	Algo	Mucho
15. interrupción del tiempo personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. desorganización de las rutinas familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. que miembros de la familia sufran problemas mentales o físicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. que se le preste menor atención a algún miembro de la familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ruptura o alteración de las relaciones dentro de la familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. interrupción o perturbación de actividades sociales de la familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Durante cuántos días la rutina habitual del menor se vio interrumpida por sus problemas?				<input type="text"/> Días

Responda las siguientes preguntas únicamente si ésta es la primera vez que completa este cuestionario.

22. En general, usted consideraría que la salud del menor es:

Excelente
 Muy Buena
 Buena
 Regular
 Mala

23. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces el menor visitó a un médico?

Ninguna
 1
 2-3
 4-5
 6+

24. Durante el mes pasado, ¿cuántos días no pudo usted trabajar a causa de los problemas del menor? Días

(responda únicamente si está empleado)

25. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a los problemas del menor? Días

(responda únicamente si está empleado)

