ALERT® 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 Nino , Primer Nombre Fecha de Nacimiento del Menor / /

No. de Identificación No. de Autorización

Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre) , Fecha Actual / /

Identificación del Terapeuta Teléfono del Terapeuta - Estado

MRef ○

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	○	○	○
2. Se sintió desdichado o triste	○	○	○
3. Su conducta causó problemas en la escuela	○	○	○
4. Tuvo arrebatos de cólera	○	○	○
5. La preocupación le impidió realizar sus actividades	○	○	○
6. Se sintió inútil o inferior	○	○	○
7. Tuvo problemas para dormir	○	○	○
8. Cambió de ánimo rápidamente	○	○	○
9. Consumió alcohol	○	○	○
10. Estuvo inquieto, le costó permanecer sentado	○	○	○
11. Tuvo conductas repetitivas	○	○	○
12. Consumió drogas	○	○	○
13. Se preocupó por casi cualquier cosa	○	○	○
14. Necesitó atención constante	○	○	○

¿En qué medida los problemas del menor han causado...	*Nada en Absoluto*	*Un Poco*	*Algo*	*Mucho*
15. interrupción del tiempo personal?	○	○	○	○
16. desorganización de las rutinas familiares?	○	○	○	○
17. que miembros de la familia sufran problemas mentales o físicos?	○	○	○	○
18. que se le preste menor atención a algún miembro de la familia?	○	○	○	○
19. ruptura o alteración de las relaciones dentro de la familia?	○	○	○	○
20. interrupción o perturbación de actividades sociales de la familia?	○	○	○	○

21. ¿Durante cuántos días la rutina habitual del menor se vio interrumpida por sus problemas? ☐☐ 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? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días

25. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a los problemas del menor? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días