



Servicios Familiares, para los Adolescentes y para los Niños
Norte de California

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)
ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)

IMPRINT AREA

Fecha / Date: _____

NOMBRE	EDAD	
DIRECCIÓN (DOMICILIO)	CIUDAD, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NO. DE REGISTRO MÉDICO	ORIGEN ÉTNICO/PAÍS DE ORIGEN	RELIGIÓN
ESCUELA	GRADO	EMPLEO

¿De quién fue la idea de que vinieras hoy? Mía Mis padres Otro
Si no fuiste tú, ¿estás de acuerdo con la idea? No Sí No estoy seguro

¿Por qué problemas buscas asesoría o ayuda psiquiátrica? _____

¿Has visto a algún asesor en el pasado? No Sí

Si es así, ¿a quién? _____

¿Cuándo viste al asesor? _____

¿Por qué vista al asesor? _____

¿En qué te ayudó? _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA:

¿Con quién vives? (marca la opción más apropiada)

- Con ambos padres Otro familiar
 Madre Alguien más,
 Padre Especifica: _____

Nivel de contacto que tienes en la actualidad con tus padres:

Padre (si falleció, anota la fecha _____)

Madre (si falleció, anota la fecha _____)

- A diario
 Semanalmente
 Mensualmente
 Una vez al año o menos
 Nunca

- A diario
 Semanalmente
 Mensualmente
 Una vez al año o menos
 Nunca

Describe a tu familia:

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro	Hermano	Hermana	Otro
Le gusto							
Amable							
Agradable							
Comprensivo							
Buen carácter							
Casi nunca está en casa							
Estricto							
Malo							
Brusco							
Crítico							
Negativo							
Enojado							
Usa drogas							
Toma alcohol							
Abusivo verbalmente							
Abusivo físicamente							

Tipo de castigos — indique por quién:

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro
Te manda a tu cuarto				
Te quita privilegios				
Te castiga o no te deja salir de la casa				
Te da nalgadas o golpes				
Otro, explica qué:				

HISTORIAL MÉDICO:

¿Tienes o has tenido alguna vez problemas médicos significativos o has estado hospitalizado? No Sí

Si contestaste que sí, indíquelos: _____

¿Tomas algún medicamento? (incluso pastillas anticonceptivas) No Sí

Si contestaste que sí, indíquelos: _____

¿Has tenido o tienes relaciones sexuales? No Sí

¿Practicas el sexo seguro? No Sí

¿Cuál es tu orientación o preferencia sexual? _____

Para mujeres: ¿Ya tuviste tu período? No Sí ¿A qué edad? _____

¿Estás embarazada? No Sí

¿Te has embarazado alguna vez? No Sí

¿Has tomada alcohol? No Sí

¿Qué tan a menudo? Diariamente Semanalmente Rara vez

¿Fumas o usas tabaco? No Sí

¿Usas drogas? No Sí

Si es así, ¿qué tipo? _____

	Actualmente	En el pasado	
Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaína dura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhaladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Favor de especificar: _____

¿Tu hábito daña tu relación con otras personas? No Sí

¿Interfiere con tu desempeño en la escuela? No Sí

¿Hace cuánto tiempo comenzó tu hábito? _____

¿Crees que es un problema? No Sí

¿Te gustaría dejar el hábito? No Sí

HISTORIAL JURÍDICO:

¿Has estado involucrado alguna vez con la policía o los tribunales? (Marca una respuesta)

No, nunca Sí, hace menos de un mes Sí, en los últimos seis meses Sí, el año pasado Sí, hace más de un año

¿Visitas a un trabajador social o a un funcionario a cargo de la libertad condicional con regularidad? No Sí

Si es así, anota el nombre, la dirección y el teléfono: _____

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)
ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)

IMPRINT AREA

Date:

SÍNTOMAS:
¿Has tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas, ahora o en el pasado?

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Inquieto e incapaz de estar quieto			Lastimas a los animales			Hablas sin claridad		
Actúa sin pensar			Te escapabas por la noches			Comes poco o rápido para perder peso		
Dificultad para prestar atención			Lastimas a la gente			Vomitabas los alimentos intencionalmente		
Poca motivación			Problemas sexuales			Te hartabas de alimentos		
Incapaz de mantener atención por mucho tiempo			Problemas con la ley			Escuchas voces o ves cosas que no existen		
Te frustras con facilidad			Prendes fuegos			Dolores de cabeza		
Te distraes con facilidad			Te han arrestado, has estado en cárcel o en libertad condicional					
Sueñas despierto o fantaseas mucho						Tristeza, llanto, o depresión		
Ataques de cólera			Nerviosidad/no puedes descansar			Es difícil tomar decisiones		
No cooperativo			Te preocupas más que los demás			Irritable/enojado		
Contestas			Mucha ansiedad			Retraído de los demás		
Dificultad para admitir errores			Mucha preocupación acerca de la conducta anterior			Problemas para concentrarse		
Discutes mucho			Temor			Problemas para dormir		
Disfrutas "molestar" a la gente			Preocupación acerca del futuro			Problemas de memoria		
Usas lenguaje vulgar y obsceno			Temores o fobias inusuales			Sueño inquieto, te despiertas con frecuencia		
Te molestan con facilidad			Pánico			Ya nada es divertido		
			Demasiado preocupado acerca de los gérmenes, la seguridad o cuestiones de salud			Te despiertas muy temprano y no puedes volver a dormir		
Usas alcohol o drogas			Repetición de un acto innecesario una y otra vez (ej.: lavarse, revisar los candados, contar, arreglar cosas)			Poca autoestima		
Fumas cigarrillos						Duermes demasiado		
Actitud o conducta rebeldes			Pareces estar confundido a menudo			Te sientes cansado y fatigado		
Causas daños a la propiedad			No puedes controlar el movimiento del cuerpo			Pesadillas, temores nocturnos		
Deseas escaparte de casa			No sabes donde estás			Aumento o pérdida de peso		
Has robado cosas			Te sientes extraño o diferente a las demás personas			Has intentado suicidarte antes		
Has escapado de casa			Visión borrosa o doble visión					

¿Has tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas, ahora o en el pasado?

	Nunca o pocas veces	Algunas veces	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Creo que es muy doloroso seguir viviendo				
Creo que mi familia estaría mejor si estuviera muerto				
Pienso en el suicidio				
He pensado cómo puedo matarme				
Pienso en el suicidio para castigar a los demás				

continúa en la siguiente página

Marca las casillas que describen tus relaciones con otros:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero estar solo | <input type="checkbox"/> Tengo un mejor amigo |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces estoy solo , pero no me gusta y me siento solo | <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos |
| <input type="checkbox"/> Problemas para llevarme bien con otros | <input type="checkbox"/> Salgo con amigos. ¿Dónde?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Tengo novio/novia. ¿De qué edad?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para llevarme bien con hermanos y hermanas | <input type="checkbox"/> Conflictos con mis padres o padrastos |
| <input type="checkbox"/> Familiar que bebe demasiado | <input type="checkbox"/> He sido objeto de abuso físico o sexual |
| <input type="checkbox"/> Familiar que usa drogas | <input type="checkbox"/> He sido objeto de negligencia |
| <input type="checkbox"/> Familiar, pariente o amigo que intentó suicidarse | <input type="checkbox"/> ¿Has sido objeto de burlas por parte de tus compañeros? _____
¿Has sido objeto de burlas por parte de un familiar? _____ |

He tenido estos problemas en la escuela:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultades con los compañeros | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> No tengo amigos en la escuela | <input type="checkbox"/> Me han detenido en la escuela (o he asistido los sábados) |
| <input type="checkbox"/> No me llevo bien con mis maestros | <input type="checkbox"/> Me han suspendido (No. de veces _____) |
| <input type="checkbox"/> Evito ir a la escuela o a clases | <input type="checkbox"/> Me han expulsado (No. de veces _____) |
| <input type="checkbox"/> Bajas calificaciones | <input type="checkbox"/> Participo en peleas en la escuela |

Comentarios adicionales: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PSIQUIATRICOS
Confidentiality and Consent To Treatment

IMPRINT AREA

Salud Mental y Dependencia Química

El Departamento de Psiquiatría de Kaiser Permanente está totalmente comprometido a respetar su derecho a la privacidad. Para alcanzar este objetivo, los datos de sus visitas a la Clínica de Psiquiatría en general se mantienen separados de su historia clínica. No obstante, para su seguridad, los medicamentos que le recetan en la Clínica de Psiquiatría figurarán en su expediente médico. Cuando sea directamente pertinente a la atención clínica del individuo, se podría intercambiar información entre un proveedor de atención de la salud mental de Kaiser Permanente y otro proveedor de Kaiser Permanente.

Además, hay ciertas circunstancias específicas en que la ley de California requiere la entrega de cierta información psiquiátrica. Por ejemplo, si usted está involucrado en ciertas acciones judiciales en las que su estado mental o emocional son pertinentes, es posible que tengamos que entregar todos o parte de sus datos psiquiátricos a las partes que participen en la acción judicial. Si tiene alguna inquietud sobre lo que figura en sus datos médicos, consulte con su terapeuta todas las veces que le soliciten que firme un formulario de revelación de información.

Además, es posible que tengamos que entregar a la policía o a otros organismos gubernamentales cierta información relacionada con actos violentos o abusivos, tanto reales como potenciales, sobre los que nos podamos enterar.

Consentimiento para el Tratamiento

La mayoría de los individuos que participan en un tratamiento mental o del comportamiento se benefician de ese tratamiento. Como en casi todos los casos de atención de la salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy activo de su parte para que le rinda beneficios. Además, el tratamiento puede conllevar ciertos riesgos. Por ejemplo, el proceso de la terapia puede ser difícil y a veces puede causar sentimientos desagradables, crear interacciones molestas o forzarlo a enfrentar aspectos desagradables de su vida. A pesar de ello, la mayoría de las personas hallan que los beneficios son mayores que los riesgos mencionados. De hecho, en algunos casos el **no** participar en la terapia puede ser mucho más riesgoso.

Si ve a un médico como parte de su atención, él o ella puede recetarle algún medicamento. Siempre que le receten medicamentos le explicarán los beneficios y los riesgos de dichos medicamentos.

Es importante que participe voluntariamente en este tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este documento, sobre los servicios que le prestan o sobre sus opciones de tratamiento, debe hablar con su terapeuta.

Reconocimiento

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este documento y que acuerda participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que recibe atención es menor de edad, uno de sus padres o su tutor legal debe reconocer haber leído y entendido este documento y acuerda que el menor de edad participe voluntariamente en este tratamiento (excepto en ciertas situaciones exentas por ley).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI NO LO FIRMA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA