

C.14 Mental Health Interview Tool/Referral Form (Ages 0–2 Years)

Mental Health Interview Tool/Referral Form

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 0 to 2

Date: _____

For this age group you will obtain information from the parent/caregiver and from your own observations of the child. Circle items of concern. * The presence of any of these symptoms or behaviors may signal that the child is in crisis, and efforts should be made to secure prompt evaluation.

Feelings: Does your child display feelings that concern you or seem out of the ordinary?

Infants

- Anxious
- Cries excessively
- Cries too little

1 to 2 Years

- Irritable
- Angry
- Sad
- Fearful
- Sullen
- Anxious
- Cries excessively
- Cries too little

Behavior: Does your child display behavior that concerns you or seems out of the ordinary for his/her age?

Infants

- Overactive
- Listlessness

1 to 2 Years

- Overactive
- Listlessness
- Harms others
- Frequent temper tantrums

Social Interaction: Do you have concerns about how your child gets along with you? Other family members or adults? Siblings?

Infants

- No eye contact or smile
- Stiffens and arches
- Not responsive

1 to 2 Years

- * No eye contact or smile
- Clings excessively
- Not responsive
- Language delay

Thinking: Do you think your child's development is normal for age?

Infants (> 8 months)

- No communication skills (pointing to request an object) or efforts to make words

1 to 2 Year

- Mistrustful
- Problems concentrating or paying attention

Physical Problems: Do you have any concerns about your child's physical health? If physical problems exist, have they been medically evaluated?

Infants to 2 Years

- Low weight or weight loss
- Frequent vomiting
- Eating problem (poor appetite, eats nonfoods)
- Sleeping problem (frequent night waking)
- Lethargic

Other: Are there any situations which are causing your family particular stress at this time?
Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual, or emotional abuse?
If yes, what form, when, treatment initiated, etc.?
Did the mother of this child use drugs or drink alcohol during the pregnancy?

Comments:

Signature/Title: _____

C.15 Mental Health Interview Tool/Referral Form (Ages 3-9 Years)

Mental Health Interview Tool/Referral Form

Ages 3 to 9

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Date: _____

*For this age group you will obtain information from the parent/caregiver and from your own observations of the child's behavior. If possible, interview the parent alone when asking questions about sexual or physical abuse. Circle items of concern. * The presence of any of these symptoms or behaviors may signal that the child is in crisis, and efforts should be made to secure prompt evaluation.*

Feelings:

Does your child display feelings that concern you or seem out of the ordinary for age?

- Restless
- Sad or cries easily
- Excessively guilty
- Lack of remorse
- Irritable, angers or temper tantrums easily
- Sullen
- Fearful or anxious

Behavior:

Does your child frequently display behavior that seems out of the ordinary for age?

- Problems in school
- * Harms other children or animals
- Lacks interest in things s/he used to enjoy
- Engages in sexual play with others, toys, animals
- * Destroys possessions or other property
- Steals
- Refuses to talk
- * Sets fires
- Overactive
- * Self-destructive
- * Has been in trouble with the police (older child)

Social Interaction:

Do you have concerns about how child gets along with you, other family members, playmates, other adults?

- Withdraws including no eye contact
- Clings excessively
- Difficulty making and keeping friends
- Defiant, a discipline problem
- Severe or frequent tantrums
- Aggressive
- Argues excessively
- Refuses to go to school
- Prefers to be alone

Thinking:

Have you noticed any of the following to be a problem for your child?

- * Frequently confused
- Daydreams excessively
- Distracted, doesn't pay attention
- * Bizarre thoughts
- Mistrustful
- * Sees or hears things that are not there (excluding imaginary friends in younger children)
- Blames others for his/her misdeeds or thoughts
- * Talks about death
- * Frequent memory loss
- Schoolwork is slipping (grades going down)

Physical Problems:

Do you have any concerns about the following physical signs? Has this been evaluated?

- Daytime wetting
- Soils pants
- Refusal to eat
- Headaches
- Excessive weight loss or gain
- Sleep problems, nightmares, sleep-walking, early waking
- Vomits frequently
- Frequent stomachaches
- Lacks energy

Other:

Is this child accident-prone? Are there any situations that are causing your family particular stress? Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual or emotional abuse? If yes, what type, when, treatment, etc. * Is this child at risk for out-of-home placement because of behavior problems?

Comments:

Signature/Title: _____

C.16 Mental Health Interview Tool/Referral Form (Ages 10–12 Years)

Mental Health Interview Tool/Referral Form

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 10 to 12

Date: _____

Both child and parent will be able to provide information, and it is important to incorporate the child into the interview process. In each section, a sample question is directed toward the parent. To the extent possible, elicit the child's perception of the parent's response with a question such as "Do you agree with what your Mom is saying?" It may be useful to allow time for discussion with the caregiver alone. The child should be interviewed alone when asking questions about sexual or physical abuse and about substance abuse. Circle items of concern. * The presence of any of these symptoms or behaviors may signal that the child is in crisis, and efforts should be made to secure prompt evaluation..

Feelings:

Does your child (do you) have feelings that concern you or seem out of the ordinary for age?

- Restless
- Sad or cries easily
- Guilty
- Irritable or angers easily
- Sullen
- Fearful or anxious
- Bored

Behavior:

Does your child (do you) behave in ways that seems out of the ordinary for age?

- Problems in school
- * Threatens or harms other children or animals
- Lacks interest in things s/he used to enjoy
- Engages in sexual play with others, toys, animals
- * Destroys possessions or other property
- Steals
- Refuses to talk
- * Sets fires
- Overactive
- * Has been in trouble with the police
- * Self-destructive

Social Interaction:

Do you have concerns about how your child (you) gets along with family members, other adults or children?

- Prefers to be alone
- Difficulty making and keeping friends
- Defiant, a discipline problem
- Aggressive
- Argues excessively
- Refuses to go to school

Thinking:

Have you noticed any of the following to be a problem for your child (you)?

- * Frequently confused
- Daydreams excessively
- Distracted, doesn't pay attention
- Mistrustful
- * Sees or hears things that are not there
- Blames others for his/her misdeeds or thoughts
- * Talks about death or suicide
- * Frequent memory loss
- * Bizarre thoughts
- Schoolwork is slipping (grades going down)

Physical Problems:

Do you have any concerns about the following physical signs? Has this been evaluated?

- Lacks energy
- Uses laxatives
- Vomits frequently
- Food refusal, secretive eating
- Frequent stomachaches
- Headaches
- Excessive weight loss or gain
- Sleep problems, nightmares, sleep-walking, early waking, frequent night waking

Other:

Is this child (are you) accident-prone?

Are there any situations that are causing your family particular stress?

Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual or emotional abuse? If yes, what type, when, treatment, etc.

- * Is this child at risk for out-of-home placement because of behavior problems?
- Has the child (have you) been treated for mental health problems or substance abuse?

Substance Abuse Questions:

(May want to use screens such as the TACE, CAGE, MAST to obtain information concerning substance abuse.)

- Has been identified as a problem

Comments:

Signature/Title: _____

C.17 Mental Health Interview Tool/Referral Form (Ages 13–20 Years)

Mental Health Interview Tool/Referral Form

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 13 to 20

Date: _____

You may begin with a joint interview or begin with separate interviews with the parent/caregiver and adolescent. It is preferable to interview the adolescent first. Circle items of concern. * The presence of any of these symptoms or behaviors may signal that the child is in crisis, and efforts should be made to secure prompt evaluation.

Feelings:

Do you (does your teen) have feelings that concern you or seem out of the ordinary for (their) age?

- Restless
- Sad or cries easily
- Guilty
- Irritable or angers easily
- Sullen
- Fearful or anxious
- Bored

Behavior:

Do you (does your child) behave in ways that seems out of the ordinary for your (their) age?

- Problems at school or work
- * Threatens or harms other children or animals
- Lacks interest in things s/he used to enjoy
- Engages in sexual play with others, toys, animals
- * Destroys possessions or other property
- Steals
- Refuses to talk
- * Sets fires
- Overactive
- * Has been in trouble with the police
- * Self-destructive

Social Interaction:

Do you have concerns about how (you) your child gets along with family members, other adults, or peers?

- Prefers to be alone
- Difficulty making and keeping friends
- Defiant, a discipline problem
- Aggressive
- Argues excessively
- Refuses to go to school

Thinking:

Have you noticed any of the following to be a problem for you (your child)?

- * Frequently confused
- Daydreams excessively
- Distracted, doesn't pay attention
- Mistrustful
- * Sees or hears things that are not there
- Blames others for his/her misdeeds or thoughts
- * Talks about death or suicide
- * Frequent memory loss
- * Bizarre thoughts
- Schoolwork is slipping (grades going down)

Physical Problems:

Do you have any concerns about the following physical signs? Has this been evaluated?

- Lacks energy
- Uses laxatives
- Vomits frequently
- Food refusal, secretive eating
- Frequent stomachaches
- Headaches
- Excessive weight loss or gain
- Sleep problems, nightmares, sleep-walking, early waking, frequent night waking

Other:

Are you (is this child) accident-prone?

Are there any situations that are causing your family particular stress?

Have you (has this child) or your (his/her) parents been subject to neglect, physical, sexual or emotional abuse? If yes, what type, when, treatment, etc.

- * Are you (is this child) at risk for out-of-home placement because of behavior problems?
- Have you (has this child) been treated for mental health problems or substance abuse?

Substance Abuse Questions:

(May want to use screens such as the TACE, CAGE, MAST to obtain information concerning substance abuse.)

- Has been identified as a problem

Comments:

Signature/Title: _____

P h y s i c a m i s	P Do you have any concerns about these things? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No r If you think your child may have a health problem, has he/she seen a doctor o or nurse about the problem? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	b Infants to 2 Years i c <input type="checkbox"/> Is low weight or has a lot of weight <input type="checkbox"/> Has sleeping problems (wakes a lot at night) a <input type="checkbox"/> Vomits (throws up) often <input type="checkbox"/> Has little energy m <input type="checkbox"/> Has eating problems i (poor appetite, eats non-foods)

O t h e r	O Is anything causing your family stress right now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No t Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual, or h emotional abuse? If yes, what from? _____ When? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No e Treatment initiated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No r Did the mother of this child use drugs or alcohol during the pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---

Comments: *(Please write anything else you want us to know about in this space.)*

Date: _____ Signature: _____

Relation to patient: _____

C.19 Mental Health Questionnaire (Ages Birth–2 Years) (2 Pages) (Spanish)

Cuestionario de la Salud Mental para los Padres

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

De Recién Nacido a 2 Años de Edad

Para los Padres: Si nos ayuda llenando este formulario, le podremos ayudar a encontrar las áreas fuertes y también cualquier área problemática que tenga su bebé. Sus respuestas nos ayudarán a saber si necesitamos hablar con usted y saber más sobre su bebé. Favor de marcar todas las características abajo que son ciertas para su bebé. Algunos de los comportamientos en las listas tal vez sean normales, pero si usted está preocupado, favor de informarnos.

S E N T I M I E N T O S	¿Tiene su bebé sentimientos que le preocupan o tal vez parezcan extraños para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Bebés <input type="checkbox"/> Siente miedo <input type="checkbox"/> Llora mucho <input type="checkbox"/> Llorá muy poco	De 1 a 2 Años <input type="checkbox"/> Es de mal carácter <input type="checkbox"/> Siente miedo <input type="checkbox"/> Es enojón <input type="checkbox"/> Llora muy poco <input type="checkbox"/> Es triste <input type="checkbox"/> Llora mucho <input type="checkbox"/> Es malhumorado
C O M P O R T A M I E N T O	¿Hace su bebé cosas que le preocupan o que parezcan extrañas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Bebés <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Es indiferente (tiene poca energía)	De 1 a 2 Años <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Es indiferente (tiene poca energía) <input type="checkbox"/> Lastima a otros <input type="checkbox"/> Hace berrinches frecuentemente
I N T E R S O C I A L E S	¿Se preocupa sobre cómo se lleva su bebé con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con otros miembros de la familia o adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con sus hermanos o hermanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Bebés <input type="checkbox"/> No ve a los ojos ni sonríe <input type="checkbox"/> Se pone tieso y se dobla arqueando la espalda <input type="checkbox"/> No le responde	De 1 a 2 Años <input type="checkbox"/> No ve a los ojos ni sonríe <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo no se le despega <input type="checkbox"/> No le responde <input type="checkbox"/> Todavía no dice ninguna palabra
P E N S A M I E N T O S	¿Piensa usted que su niño es tan inteligente y que piensa tan claramente como otros niños de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Bebés <input type="checkbox"/> (>8 meses) No pide ni señala a las cosas o trata de decir palabras	De 1 a 2 Años <input type="checkbox"/> No le tiene confianza a otros <input type="checkbox"/> Tiene problemas para concentrarse y poner atención

C.20 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 3–9 Years) (2 Pages)

Mental Health Parent Questionnaire

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 3 to 9 Years

Today's Date: _____

To the Parent: If you will assist us by filling out this form, we can help you find your child's strengths and any problem areas, too. Your answers will help us to know if we need to talk with you and find out more about your child. Please check all items below that are true for your child. Some of the behaviors noted may be normal but if you are concerned please let us know.

F e e l i n g s	Does your child show feelings that concern you or seem strange for their age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Is restless <input type="checkbox"/> Is sad or cries easily <input type="checkbox"/> Is overly guilty <input type="checkbox"/> Lacks remorse	<input type="checkbox"/> Is irritable, angers or temper tantrums easily <input type="checkbox"/> Is sullen <input type="checkbox"/> Fearful

B e h a v i o r	Does your child do things that seem strange for their age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Has problems in school <input type="checkbox"/> Harms other children or animals <input type="checkbox"/> Lacks interest in things s/he used to enjoy <input type="checkbox"/> Plays sexual games with others, toys, animals <input type="checkbox"/> Destroys possessions or other property <input type="checkbox"/> Steals	<input type="checkbox"/> Refuses to talk <input type="checkbox"/> Sets fires <input type="checkbox"/> Is over-active <input type="checkbox"/> Hurts himself or herself <input type="checkbox"/> Has been in trouble with the police

S o n c t i e a r l a c t i o n	Do you have any concerns about how your child gets along with you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	With other family members or adults? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No With playmates? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Withdraws and does not look into peoples' eyes <input type="checkbox"/> Clings to you too much <input type="checkbox"/> Has a hard time making and keeping friends <input type="checkbox"/> Is defiant, has a disciplinary problem <input type="checkbox"/> Severe or frequent tantrums	<input type="checkbox"/> Picks on others a lot or often gets into fights (hitting, etc.) <input type="checkbox"/> Argues too much <input type="checkbox"/> Will not go to school <input type="checkbox"/> Prefers to be alone

T h i n k i n g	Are any of these a problem for your child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Is frequently confused (does not understand what is going on) <input type="checkbox"/> Daydreams a lot <input type="checkbox"/> Is distracted, doesn't pay attention <input type="checkbox"/> Has very strange thoughts <input type="checkbox"/> Schoolwork is slipping (grades going down)	<input type="checkbox"/> Does not trust others <input type="checkbox"/> Sees or hears things that are not there <input type="checkbox"/> Blames others for his/her misdeeds or thoughts <input type="checkbox"/> Talks about death a lot <input type="checkbox"/> Often cannot remember things

P P h r y o s b i l c e a m f s	Do you have any concerns about these things? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	If you think your child may have a health problem, has he/she seen a doctor or nurse about the problem? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Has daytime wetting <input type="checkbox"/> Soils pants <input type="checkbox"/> Will not eat <input type="checkbox"/> Has headaches <input type="checkbox"/> Has lost or gained a lot of weight	<input type="checkbox"/> Has sleeping problems, nightmares, sleep-walking, early waking <input type="checkbox"/> Vomits (throws up) often <input type="checkbox"/> Has stomach aches often <input type="checkbox"/> Lacks energy	

O t h e r	Is this child accident-prone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anything causing your family stress right now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual, or emotional abuse? If yes, what from? _____ When? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Treatment initiated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this child at risk for out-of-home placement because of behavior problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--

Comments: *(Please write anything else you want us to know about in this space.)*

Date: _____ Signature: _____

Relation to patient: _____

C.21 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 3-9 Years) (2 Pages) (Spanish)

**Cuestionario de la Salud Mental
para los Padres
De 3 a 9 Años de Edad**

Nombre del Niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Fecha: _____

Para los Padres: Si nos ayuda llenando este formulario, le podremos ayudar a encontrar las áreas fuertes y también cualquier área problemática que tenga su niño. Sus respuestas nos ayudarán a saber si necesitamos hablar con usted y saber más sobre su niño. Favor de marcar todas las características abajo que sean ciertas para su niño. Algunos de los comportamientos en las listas tal vez sean normales, pero si usted está preocupado, favor de informarnos.

S E N T I M I E N T O S	¿Tiene su niño sentimientos que le preocupan o tal vez parezcan extraños para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Es inquieto <input type="checkbox"/> Es triste o llora fácilmente <input type="checkbox"/> Se siente muy culpable <input type="checkbox"/> No tiene remordimiento	<input type="checkbox"/> Es de mal carácter, enojón o hace berrinches temperamentales fácilmente <input type="checkbox"/> Es malhumorado <input type="checkbox"/> Siente miedo
C O M P O R T A M I E N T O	¿Hace su niño cosas que le parezcan extrañas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Tiene problemas en la escuela <input type="checkbox"/> Lastima a otros niños o a los animales <input type="checkbox"/> No le interesan las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/> Juega juegos sexuales con otros niños, juguetes, o animales <input type="checkbox"/> Destruye cosas personales u ajenas <input type="checkbox"/> Roba	<input type="checkbox"/> Se niega a hablar <input type="checkbox"/> Provoca incendios <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Se lastima <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la policía
I N T E R A C C I O N E S	¿Se preocupa sobre cómo se lleva su niño con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con otros miembros de la familia o adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con sus compañeros de juego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Se aleja y no ve a nadie a los ojos <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo no se le despega <input type="checkbox"/> Se le dificulta hacer y mantener amistades <input type="checkbox"/> Es desafiante, tiene un problema de disciplina <input type="checkbox"/> Hace berrinches temperamentales fuertes o frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre molesta a otros o frecuentemente se pelea (pegando, etc.) <input type="checkbox"/> Discute mucho <input type="checkbox"/> No quiere asistir a la escuela <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo
P E N S A M I E N T O S	¿Son algunas de estas características un problema para su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Se confunde frecuentemente (no entiende lo que está pasando) <input type="checkbox"/> Sueña mucho despierto <input type="checkbox"/> Se distrae, no pone atención <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos muy extraños <input type="checkbox"/> Se está atrasando en el trabajo de la escuela (sus grados están bajando)	<input type="checkbox"/> No le tiene confianza a los demás <input type="checkbox"/> Mira u oye cosas que no están allí <input type="checkbox"/> Culpa a otros por algo que hizo mal o por sus pensamientos <input type="checkbox"/> Habla mucho sobre la muerte <input type="checkbox"/> Frecuentemente no se acuerda de cosas

C.22 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 10–12 Years) (2 Pages)

Mental Health Parent Questionnaire

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 10 to 12 Years

Today's Date: _____

To the Parent: *If you will assist us by filling out this form, we can help you find your child's strengths and any problem areas, too. Your answers will help us to know if we need to talk with you and find out more about your child. Please check all items below that are true for your child. Some of the behaviors noted may be normal but if you are concerned please let us know.*

F e e l i n g s	Does your child (do you) show feelings that concern you or seem strange for their (your) age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Is restless <input type="checkbox"/> Is sad or cries easily <input type="checkbox"/> Is guilty <input type="checkbox"/> Is irritable or angers easily	<input type="checkbox"/> Is sullen <input type="checkbox"/> Is fearful <input type="checkbox"/> Is bored

B e h a v i o r	Does your child (do you) often do things that seem strange for their (your) age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Has problems in school <input type="checkbox"/> Threatens or harms other children or animals <input type="checkbox"/> Lacks interest in things s/he used to enjoy <input type="checkbox"/> Is involved in sexual activity <input type="checkbox"/> Destroys possessions or other property <input type="checkbox"/> Steals	<input type="checkbox"/> Refuses to talk <input type="checkbox"/> Sets fires <input type="checkbox"/> Is overactive <input type="checkbox"/> Hurts himself or herself <input type="checkbox"/> Has been in trouble with the police

S i t u a t i o n	Do you have any concerns about how your child (you) get(s) along with family members? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	With other adults? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	With other children? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Prefers to be alone <input type="checkbox"/> Has a hard time making and keeping friends <input type="checkbox"/> Is defiant, a disciplinary problem	<input type="checkbox"/> Picks on others a lot or often gets into fights (hitting, etc.) <input type="checkbox"/> Argues too much <input type="checkbox"/> Will not go to school

T h i n k i n g	Are any of these a problem for your child (you)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Is frequently confused (does not understand what is going on) <input type="checkbox"/> Daydreams a lot <input type="checkbox"/> Is distracted, doesn't pay attention <input type="checkbox"/> Has very strange thoughts <input type="checkbox"/> Schoolwork is slipping (grades going down)	<input type="checkbox"/> Does not trust others <input type="checkbox"/> Sees or hears things that are not there <input type="checkbox"/> Blames others for his/her misdeeds or thoughts <input type="checkbox"/> Talks about death or suicide a lot <input type="checkbox"/> Often cannot remember things

P P h r y o s b i l c e a m l s	Do you have any concerns about these things? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	If you think your child (you) may have a health problem, has he/she (have you) seen a doctor or nurse about the problem? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Lacks energy <input type="checkbox"/> Uses laxatives <input type="checkbox"/> Vomits (throws up) often <input type="checkbox"/> Won't eat in front of people, sneaks food later <input type="checkbox"/> Has stomach aches often	<input type="checkbox"/> Has headaches <input type="checkbox"/> Has lost or gained a lot of weight <input type="checkbox"/> Has sleeping problems, nightmares, sleep-walking, early waking, frequent night waking	

O t h e r	Is your child (you) accident-prone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anything causing your family stress right now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has this child or his/her parents been subject to neglect, physical, sexual, or emotional abuse? If yes, what from? _____ When? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Treatment initiated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this child (are you) at risk for out-of-home placement because of behavior problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Does your child (do you) drink or use drugs (including street or over-the-counter)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has this child (have you) been treated for mental health problems or substance abuse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	--

Comments: *(Please write anything else you want us to know about in this space.)*

Date: _____ Signature: _____

Relation to patient: _____

C.23 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 10–12 Years) (2 Pages) (Spanish)

Cuestionario de la Salud Mental para los Padres De 10 a 12 Años de Edad

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Para los Padres: Si nos ayuda llenando este formulario, le podremos ayudar a encontrar las áreas fuertes y también cualquier área problemática que tenga su hijo. Sus respuestas nos ayudarán a saber si necesitamos hablar con usted y saber más sobre su niño. Favor de marcar todas las características abajo que son ciertas para su niño. Algunos de los comportamientos en las listas tal vez sean normales, pero si usted está preocupado, favor de informarnos.

S E N T I M I E N T O S	¿Tiene su niño sentimientos que le preocupan o tal vez parezcan extraños para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Es inquieto <input type="checkbox"/> Es triste o llora fácilmente <input type="checkbox"/> Se siente culpable <input type="checkbox"/> Es de mal carácter o se enoja fácilmente	<input type="checkbox"/> Es malhumorado <input type="checkbox"/> Siente miedo <input type="checkbox"/> Se aburre
C O M P O R T A M I E N T O	¿Hace su niño cosas que le parezcan extrañas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Tiene problemas en la escuela <input type="checkbox"/> Amenaza o lastima a otros niños o a los animales <input type="checkbox"/> No le interesan las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/> Participa en actividades sexuales <input type="checkbox"/> Destruye cosas personales o ajenas <input type="checkbox"/> Roba	<input type="checkbox"/> Se niega a hablar <input type="checkbox"/> Provoca incendios <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Se lastima <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la policía
I N T E R A C C I O N E S	¿Se preocupa sobre cómo se lleva su niño con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Con otros adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con otros niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
P E N S A M I E N T O S	¿Son algunas de estas características un problema para su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Se confunde frecuentemente (no entiende lo que está pasando) <input type="checkbox"/> Sueña mucho despierto <input type="checkbox"/> Se distrae, no pone atención <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos muy extraños <input type="checkbox"/> Se está atrasando en el trabajo de la escuela (sus grados están bajando)	<input type="checkbox"/> No le tiene confianza a los demás <input type="checkbox"/> Mira u oye cosas que no están allí <input type="checkbox"/> Culpa a otros por algo que hizo mal o por sus pensamientos <input type="checkbox"/> Habla mucho sobre la muerte o del suicidio <input type="checkbox"/> Frecuentemente no se acuerda de cosas

P R O B L E M A S	¿Se preocupa usted sobre los siguientes problemas físicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si piensa que su niño tiene un problema de salud, ¿ha ido a consultar con un médico o una enfermera debido a ese problema? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> La falta energía <input type="checkbox"/> Usa laxantes <input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente <input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas <input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Tiene dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Ha perdido o aumentado mucho peso <input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir, pesadillas, sonambulismo, despierta temprano, despierta seguido por la noche </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> La falta energía <input type="checkbox"/> Usa laxantes <input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente <input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas <input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente
<input type="checkbox"/> La falta energía <input type="checkbox"/> Usa laxantes <input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente <input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas <input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente	<input type="checkbox"/> Tiene dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Ha perdido o aumentado mucho peso <input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir, pesadillas, sonambulismo, despierta temprano, despierta seguido por la noche	
O T R O S	¿Es propenso a tener accidentes su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hay algo que le está causando tensión a su familia ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido este niño o sus padres sujetos a la negligencia o al abuso físico, sexual o emocional? Si sí, ¿en qué forma? _____ ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Empezó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Corre este niño el riesgo de ser llevado a otro lugar fuera de su familia por problemas de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Toma bebidas alcohólicas o usa drogas su niño (incluyendo las de la calle y las que se venden sin receta)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido su niño tratamiento por problemas de la salud mental o por el abuso de sustancia como las drogas y bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Comentario: (Favor de escribir en este espacio cualquier comentario que quiera compartir con nosotros.)	

Fecha: _____ Firma: _____
 Parentesco con el paciente: _____

C.24 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 13–20 Years) (2 Pages)

Mental Health Parent Questionnaire

Teen's Name: _____

Birth Date: _____

Ages 13 to 20 Years

Today's Date: _____

To the Teen or Parent: *If you will assist us by filling out this form, we can help you find your (your teen's) strengths and any problem areas, too. Your answers will help us to know if we need to talk with you (your teen) and find out more about you (your teen). Please check all items below that are true for you (your teen). Some of the behaviors noted may be normal but if you are concerned please let us know.*

F e e l i n g s	Do you (does your teen) show feelings that concern you or seem strange for your (their) age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Restless <input type="checkbox"/> Sad or cry easily <input type="checkbox"/> Guilty <input type="checkbox"/> Irritable or angered easily	<input type="checkbox"/> Sullen <input type="checkbox"/> Fearful <input type="checkbox"/> Bored

B e h a v i o r	Do you (does your teen) often do things that seem strange for your (their) age? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Have problems in school or work <input type="checkbox"/> Threaten or harm other children or animals <input type="checkbox"/> Lack interest in things you used to enjoy <input type="checkbox"/> Is involved in sexual activity <input type="checkbox"/> Destroy possessions or other property <input type="checkbox"/> Steal	<input type="checkbox"/> Refuse to talk <input type="checkbox"/> Set fires <input type="checkbox"/> Over-active <input type="checkbox"/> Hurt yourself <input type="checkbox"/> Have been in trouble with the police

S i c k n e s s	Do you have any concerns about how you (your teen) get(s) along with family members? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	With other adults? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No With peers? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefer to be alone <input type="checkbox"/> Have a hard time making and keeping friends <input type="checkbox"/> Defiant, a disciplinary problem	<input type="checkbox"/> Pick on others a lot or often get into fights (hitting, etc.) <input type="checkbox"/> Argue too much <input type="checkbox"/> Will not go to school

T h i n k i n g	Are any of these a problem for you (your teen)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Frequently confused (does not understand what is going on) <input type="checkbox"/> Daydream a lot <input type="checkbox"/> Distracted, do not pay attention <input type="checkbox"/> Have very strange thoughts <input type="checkbox"/> Schoolwork is slipping (grades going down)	<input type="checkbox"/> Do not trust others <input type="checkbox"/> See or hear things that are not there <input type="checkbox"/> Blame others for your misdeeds or thoughts <input type="checkbox"/> Talk about death or suicide a lot <input type="checkbox"/> Often cannot remember things

P P h r y o s b i l a e m l s	Do you have any concerns about these things? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	If you think you (your teen) may have a health problem, have you (has he/she) seen a doctor or nurse about the problem? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Lack energy <input type="checkbox"/> Use laxatives <input type="checkbox"/> Vomit (throw up) often <input type="checkbox"/> Won't eat in front of people, sneak food later <input type="checkbox"/> Have stomachaches often	<input type="checkbox"/> Have headaches <input type="checkbox"/> Have lost or gained a lot of weight <input type="checkbox"/> Have sleeping problems, nightmares, sleep-walking, early waking, frequent night waking	

O t h e r	Are you (is your teen) accident-prone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anything causing your family stress right now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Have you (has your teen) or your parents been subject to neglect, physical, sexual, or emotional abuse? If yes, what from? _____ When? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Treatment initiated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are you (is this teen) at risk for out-of-home placement because of behavior problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Do you (does your child) drink or use drugs (including street or over-the-counter)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Have you (has this teen) been treated for mental health problems or substance abuse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--

Comments: *(Please write anything else you want us to know about in this space.)*

Date: _____ Signature: _____

Relation to patient: _____

C.25 Mental Health Parent Questionnaire (Ages 13–20 Years) (2 Pages) (Spanish)

**Cuestionario de la Salud Mental
para los Padres
De 13 a 20 Años de Edad**

Nombre del Adolescente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Fecha: _____

Para los Padres: Si nos ayuda llenando este formulario, podremos ayudarle a encontrar las áreas fuertes que tenga su hijo y también cualquier área problemática. Sus respuestas nos ayudarán a saber si necesitamos hablar con su hijo y saber más sobre él. Favor de marcar todas las características abajo que son ciertas para su hijo. Algunos de los comportamientos en las listas tal vez sean normales, pero si usted está preocupado, favor de informarnos.

S E N T I M I E N T O S	¿Tiene su hijo sentimientos que le preocupan o tal vez parezcan extraños para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Es inquieto <input type="checkbox"/> Es triste o llora fácilmente <input type="checkbox"/> Se siente culpable <input type="checkbox"/> Es irrita o enoja fácilmente </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Es malhumorado <input type="checkbox"/> Siénte miedo <input type="checkbox"/> Se aburre </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Es inquieto <input type="checkbox"/> Es triste o llora fácilmente <input type="checkbox"/> Se siente culpable <input type="checkbox"/> Es irrita o enoja fácilmente
<input type="checkbox"/> Es inquieto <input type="checkbox"/> Es triste o llora fácilmente <input type="checkbox"/> Se siente culpable <input type="checkbox"/> Es irrita o enoja fácilmente	<input type="checkbox"/> Es malhumorado <input type="checkbox"/> Siénte miedo <input type="checkbox"/> Se aburre	
C O M P O R T A M I E N T O	¿Hace su hijo cosas frecuentemente que le parezcan extrañas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Tiene problemas en la escuela o en el trabajo <input type="checkbox"/> Amenaza o lastima a otros niños o a los animales <input type="checkbox"/> No le interesan las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/> Está envuelto en actividades sexuales <input type="checkbox"/> Destruye cosas personales u otras cosas ajenas <input type="checkbox"/> Roba </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Se niega a hablar <input type="checkbox"/> Provoca incendios <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Se lastima <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la policía </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tiene problemas en la escuela o en el trabajo <input type="checkbox"/> Amenaza o lastima a otros niños o a los animales <input type="checkbox"/> No le interesan las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/> Está envuelto en actividades sexuales <input type="checkbox"/> Destruye cosas personales u otras cosas ajenas <input type="checkbox"/> Roba
<input type="checkbox"/> Tiene problemas en la escuela o en el trabajo <input type="checkbox"/> Amenaza o lastima a otros niños o a los animales <input type="checkbox"/> No le interesan las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/> Está envuelto en actividades sexuales <input type="checkbox"/> Destruye cosas personales u otras cosas ajenas <input type="checkbox"/> Roba	<input type="checkbox"/> Se niega a hablar <input type="checkbox"/> Provoca incendios <input type="checkbox"/> Es demasiado activo <input type="checkbox"/> Se lastima <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la policía	
I N T E R S O C I A L E S	¿Le preocupa cómo se lleva su hijo con los miembros de la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ¿Con otros adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con su grupo social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo <input type="checkbox"/> Se le dificulta hacer y mantener amistades <input type="checkbox"/> Es desafiante, tiene un problema de disciplina </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Molesta mucho a otros o frecuentemente se pelea (pegando, etc.) <input type="checkbox"/> Discute mucho <input type="checkbox"/> No quiere asistir a la escuela </td> </tr> </table>	¿Con otros adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con su grupo social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo <input type="checkbox"/> Se le dificulta hacer y mantener amistades <input type="checkbox"/> Es desafiante, tiene un problema de disciplina
¿Con otros adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con su grupo social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo <input type="checkbox"/> Se le dificulta hacer y mantener amistades <input type="checkbox"/> Es desafiante, tiene un problema de disciplina	<input type="checkbox"/> Molesta mucho a otros o frecuentemente se pelea (pegando, etc.) <input type="checkbox"/> Discute mucho <input type="checkbox"/> No quiere asistir a la escuela	
P E N S A M I E N T O S	¿Son algunas de estas características un problema para su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Se confunde frecuentemente (no entiende lo que está pasando) <input type="checkbox"/> Sueña mucho despierto <input type="checkbox"/> Se distrae, no pone atención <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos muy extraños <input type="checkbox"/> Se está atrasando en el trabajo de la escuela (sus grados están bajando) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> No le tiene confianza a los demás <input type="checkbox"/> Mira u oye cosas que no están allí <input type="checkbox"/> Culpa a otros por algo que hizo mal o por sus pensamientos <input type="checkbox"/> Habla mucho sobre la muerte o el suicidio <input type="checkbox"/> Frecuentemente no se acuerda de cosas </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Se confunde frecuentemente (no entiende lo que está pasando) <input type="checkbox"/> Sueña mucho despierto <input type="checkbox"/> Se distrae, no pone atención <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos muy extraños <input type="checkbox"/> Se está atrasando en el trabajo de la escuela (sus grados están bajando)
<input type="checkbox"/> Se confunde frecuentemente (no entiende lo que está pasando) <input type="checkbox"/> Sueña mucho despierto <input type="checkbox"/> Se distrae, no pone atención <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos muy extraños <input type="checkbox"/> Se está atrasando en el trabajo de la escuela (sus grados están bajando)	<input type="checkbox"/> No le tiene confianza a los demás <input type="checkbox"/> Mira u oye cosas que no están allí <input type="checkbox"/> Culpa a otros por algo que hizo mal o por sus pensamientos <input type="checkbox"/> Habla mucho sobre la muerte o el suicidio <input type="checkbox"/> Frecuentemente no se acuerda de cosas	

P R O B L E M A S	¿Se preocupa por estas cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si piensa que su hijo tiene un problema de salud, ¿ha ido a consultar con un médico o una enfermera por este problema? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> No tiene energía</td> <td><input type="checkbox"/> Tiene dolores de cabeza</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Usa laxantes</td> <td><input type="checkbox"/> Ha perdido o aumentado mucho peso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir, pesadillas, se despierta temprano, sonámbulo y frecuentemente despierta durante la noche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No tiene energía	<input type="checkbox"/> Tiene dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Usa laxantes	<input type="checkbox"/> Ha perdido o aumentado mucho peso	<input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente	<input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir, pesadillas, se despierta temprano, sonámbulo y frecuentemente despierta durante la noche	<input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas		<input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente
<input type="checkbox"/> No tiene energía	<input type="checkbox"/> Tiene dolores de cabeza									
<input type="checkbox"/> Usa laxantes	<input type="checkbox"/> Ha perdido o aumentado mucho peso									
<input type="checkbox"/> Se vomita frecuentemente	<input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir, pesadillas, se despierta temprano, sonámbulo y frecuentemente despierta durante la noche									
<input type="checkbox"/> No come delante de la gente, come después a escondidas										
<input type="checkbox"/> Tiene dolores de estómago frecuentemente										
O T R O S	¿Es su hijo propenso a tener accidentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hay algo que le está causando tensión a su familia ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido su hijo o sus padres sujetos a la negligencia o al abuso físico, sexual o emocional? Si sí, ¿en qué forma? _____ ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Empezó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Corre el riesgo su hijo de ser llevado a otro lugar fuera de su familia por problemas de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Toma su hijo bebidas alcohólicas o drogas (incluyendo las de la calle y las que se venden sin receta)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido su hijo tratamiento por problemas de la salud mental o por el abuso de sustancias como drogas o bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Comentario: *(Favor de escribir en este espacio cualquier comentario que quiera compartir con nosotros.)*

Fecha: _____ Firma: _____

Parentesco con el paciente: _____