Intermountain® Healthcare

Mental Health Integration

Paquete de evaluación de referencia para niños y adolescentes

Estimado padre de familia:

La salud mental es parte importante del estado general de salud. Por esta razón, contamos con un equipo de salud mental en nuestra clínica. Le pedimos que conteste los formularios dentro de este paquete para ayudarnos a evaluar esta parte fundamental del estado de salud de su niño. Sus respuestas nos ayudarán a brindarles a su niño y su familia el mejor apoyo.

- **Historia clínica y consulta inicial** (2 páginas): Este formulario incluye preguntas sobre los principales síntomas y problemas de su niño. También incluye una "escala de incapacidad en general". Esta escala nos indica cuánto cree usted que los problemas de su niño están interfiriendo con su vida en el hogar o en la escuela.
- **Entrevista a los padres y escala de evaluación familiar** (1 página): Este formulario incluye preguntas sobre usted, su familia y su sistema de apoyo. Nos ayuda a comprender su propia perspectiva así como el estilo de su familia para hacer frente al estrés y otros problemas de salud difíciles.
- **ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres:** (2 páginas): Este formulario le pide que identifique y evalúe el comportamiento más reciente de su niño y nos ayuda a identificar posibles síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés).
- **Escalas de evaluación de síntomas** (1 página cada una): Estos formularios se usan para detectar síntomas de lo siguiente:
  - – Depresión
  - – Ansiedad y estrés
  - – Trastornos del desarrollo
  - – Estado de ánimo
- **Escala de evaluación de incapacidad en el hogar** (1 página): Este formulario evalúa qué áreas de la vida de su niño son las más afectadas por síntomas de salud mental. Esto nos ayuda a establecer metas y medir los avances del tratamiento de su niño.

Lleve estos formularios contestados a la próxima cita de su niño. Si usted no tiene tiempo de contestar los formularios, le pedimos que se presente 20 minutos antes de la cita de su niño para que tenga tiempo de llenarlos.

Si tiene dudas o preguntas, comuníquese a la clínica al:_____

Muchas gracias

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963
MHI005S (Spanish Complete Child/Adolescent Baseline Packet) - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

Mental Health *Integration*

Historia clínica y consulta inicial *(página 1 de 2)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: ☐ Padre o madre ☐ Otro: _____

1. ¿Cuáles son los problemas principales que le preocupan de su niño o adolescente?

Físicos: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Emocionales: 1. _____ 2. _____ 3. _____

2. ¿Su niño ha recibido tratamiento para algún trastorno de salud mental en el pasado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

SI ES ASÍ, ¿cuándo? (anote todos los períodos de tiempo) _____

¿Qué tratamientos se usaron? ☐ medicamentos ☐ orientación (psicoterapia) ☐ hospitalización ☐ otro: _____

¿Funcionó el tratamiento? Por favor explique: _____

3. ¿Su niño ha tenido o se ha quejado de alguno de los siguientes problemas médicos en los últimos 6 meses?

SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Dolor de pecho	☐	☐	Dificultad para respirar	☐	☐	Dolor de cabeza por tensión
☐	☐	Fatiga	☐	☐	Dolor de espalda	☐	☐	Migraña
☐	☐	Mareo	☐	☐	Dolor de estómago	☐	☐	Síndrome del intestino irritable (colitis)

¿Se le ha diagnosticado a su niño alguna enfermedad crónica? ☐ asma ☐ diabetes ☐ otro: _____

4. Evaluación del dolor crónico

SÍ **NO**

☐ ☐ ¿Su niño ha tenido dolor a diario durante los últimos 6 meses o más tiempo? Si contestó que SÍ, por favor pídale a su niño que escoja el rostro que mejor describa su nivel promedio de dolor diario.

_____
Nivel promedio de dolor (0–10)

Escala de evaluación del dolor por rostros Wong-Baker

0	2	4	6	8	10
No duele	Duele un poco	Duele un poco más	Duele más	Duele mucho más	Duele muchísimo

De: M. Hockenberry-Eaton, D. Wilson, ML. Winkelstein: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, Ed. 7, St. Louis, 2005, Mosby, Pág. 1259. Uso autorizado. Derechos reservados, Mosby.

5. Evaluación del sueño

SÍ **NO**

☐ ☐ ¿Su niño tiene problemas para dormir? Si contestó que **SÍ**, responda lo siguiente:

¿Por cuánto tiempo ha tenido su niño problemas para dormir? _____

En promedio, ¿cuántas noches a la semana tiene su niño problemas para dormir? _____

En promedio, ¿cuántas horas duerme su niño cuando tiene estos problemas? _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor los problemas para dormir de su niño? _____

☐ Mi hijo tiene problemas para conciliar el sueño. Él/ella suele ir a la cama a las ____ pm/am y se duerme a las ____ pm/am.
☐ Mi niño se despierta con frecuencia durante la noche.
☐ Mi niño se despierta temprano y no se puede volver a dormir.
☐ Mi niño duerme mucho durante el día y toma siestas que me parecen inadecuadas.

¿Qué tan graves son los problemas para dormir de su niño? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no tiene problemas — un poco graves — bastante graves — muy malos — no podrían ser peores

6. Medicamentos

SÍ **NO** ¿Su niño ha tomado medicamentos para problemas emocionales o de conducta (por ejemplo, estimulantes o antidepresivos)?

☐ ☐ Si contestó que **SÍ**, por favor anote la siguiente información sobre cada medicamento. (Use más hojas si necesita más espacio.)

Nombre del medicamento	Dosis	Fecha de inicio	¿Sigue tomando?	¿Qué tan bien funciona/funcionó?	¿Tiene efectos secundarios?
			SÍ No		
			SÍ No		
			SÍ No		

7. SÍ NO Antecedentes familiares: ¿Su niño tiene parientes biológicos que hayan tenido problemas mentales, emocionales o de conducta,

☐ ☐ como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, abuso de drogas o alcohol, o intento de suicidio? En caso **AFIRMATIVO**, indique cuáles son los familiares y los problemas: _____

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI006S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

Mental Health *Integration*

Historia clínica y consulta inicial *(página 2 de 2)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

8. Maltrato infantil y acontecimientos traumáticos: ¿Su niño tiene antecedentes de alguno de los siguientes problemas?

SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Maltrato físico	☐	☐	Maltrato emocional	☐	☐	Uso indebido de drogas en la familia
☐	☐	Abuso sexual	☐	☐	Acontecimientos traumáticos			

☐ ☐ Si contestó que **SÍ** a alguno de las opciones anteriores, ¿alguno de estos problemas sigue ocurriendo o afectando a su niño?

☐ ☐ ¿Está su hijo en peligro o en riesgo debido a alguna de estas situaciones?

☐ ☐ ¿Ha solicitado la ayuda de un profesional en relación con estas cuestiones? Si es así, ¿quién? _____

9. Abuso de drogas o alcohol en los adolescentes: Según su mejor criterio, en los últimos 12 meses, ¿su niño hizo algo de lo siguiente?:

SÍ	NO		*Observaciones del médico*
☐	☐	¿Beber alcohol (más de unos pocos sorbos)?	_____
☐	☐	¿Fumar marihuana o hachís?	_____
☐	☐	¿Utilizó algo más para drogarse (sustancias ilegales, medicamentos recetados o de venta libre, cosas que se respiran)?	_____

10. Hábitos alimenticios: Según su mejor criterio, ¿su niño tiene antecedentes de alguno de los siguientes problemas?:

SÍ	NO	
☐	☐	Muestra preocupación por sus patrones de alimentación.
☐	☐	Come en secreto.
☐	☐	Su peso afecta su autoestima.
☐	☐	¿Algún miembro de su familia ha tenido un trastorno de la alimentación?

11. Interferencia del estrés

SÍ	NO	
☐	☐	¿Los problemas físicos o emocionales que afectan a su hijo están afectando sus relaciones con los demás? En caso **AFIRMATIVO**, describa brevemente: _____
☐	☐	¿Existe alguna circunstancia pasada o presente que podría afectar negativamente el comportamiento de su hijo o sus emociones? En caso **AFIRMATIVO**, describa brevemente: _____
☐	☐	En los últimos 6 meses, ¿su niño se ha ausentado de la escuela debido a problemas de salud mental? En caso **AFIRMATIVO**, ¿cuántos días? _____
☐	☐	¿Su hijo se ha ausentado de la escuela por más de una semana debido a problemas de salud mental?
☐	☐	¿Su hijo ha sido evaluado por cualquier miembro del equipo de recursos en la escuela, o han matriculado a su hijo en cualquiera de los servicios de educación especial? (En caso **AFIRMATIVO,** traiga a su cita una copia de los resultados de las pruebas o de los planes de educación individual.)

12. Incapacidad en general. Marque la opción que mejor describa cuánto considera que los **síntomas de salud mental** de su niño están interfiriendo con la vida en el hogar, la escuela o con los amigos. (Compare a su niño con otros niños de la misma edad y sexo en las mismas circunstancias.)

☐ **1 Sin incapacidad.** Los síntomas *no están presentes más de lo esperado, ni interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **2 Muy poca incapacidad.** Los síntomas están presentes *presentes con un poco de más frecuencia o intensidad de lo esperado,* y *a veces interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **3 Incapacidad leve.** Los síntomas están presentes *con más frecuencia o intensidad de lo esperado,* y *a veces interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **4 Incapacidad moderada.** Los síntomas están presentes *con mucha más frecuencia o intensidad de lo esperado,* y *por lo general interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **5 Incapacidad grave.** Los síntomas están presentes *con muchísima más frecuencia o intensidad de lo esperado,* y *la mayoría de las veces interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **6 Incapacidad muy grave.** Los síntomas están presentes *presentes con tanta frecuencia o intensidad superior a la que se espera que casi siempre interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.

☐ **7 Máxima incapacidad (profunda).** Los síntomas están presentes *con tanta frecuencia o intensidad que interfieren de forma generalizada y significativa con el funcionamiento* y pueden crear una crisis que requiere medidas de inmediato para evitar un deterioro importante que produzca un peligro o daño grave.

13. Salud en general. ¿Cómo calificaría la salud en general de su hijo? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

muy buena — buena — no tan buena — mala — muy mala

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI006S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

Intermountain® Healthcare

Entrevista a los padres y escala de evaluación familiar *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

Entrevista a los padres: Por favor conteste las siguientes preguntas según apliquen a usted (el padre o madre).	
¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza en las últimas 2 semanas?	☐ SÍ ☐ NO
¿Ha sentido usted poco interés o placer por hacer sus actividades habituales en las últimas 2 semanas?	☐ SÍ ☐ NO
¿Qué tanto ha dificultado estos problemas su capacidad para hacer su trabajo, encargarse de las labores en casa o relacionarse con los demás?	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho

¿A quién acude usted (el padre o madre) con más frecuencia para buscar ayuda cuando no se siente bien o si tiene dificultades?

☐ No suelo hablar con nadie. ☐ Mi apoyo se ha agotado o acabado. ☐ Hablo con un amigo, pastor, líder de la Iglesia, cónyuge o pareja.

Escala de evaluación familiar: Hay muchas definiciones de "familia", como las personas relacionadas con usted por nacimiento o matrimonio, las personas que viven con usted o su grupo de amigos. Esta sección trata sobre su familia o su sistema de apoyo actual, como usted los defina. Cada familia tiene su propio estilo para manejar el estrés y otros problemas de salud. Esta escala de evaluación puede ayudarle a usted y a nosotros a entender el estilo de su familia. Encierre en un círculo el número que mejor describa cómo usted y su familia actúan cuando están bajo estrés o haciendo frente a un problema de salud difícil.

	Descripciones del estilo de la familia	Escala de evaluación										
		En lo absoluto			Un poco		Más o menos		Mucho		Describe exactamente a mi familia	
1	Vivimos en situaciones de crisis con frecuencia. Tenemos muchos problemas e inquietudes sin resolver. El contacto familiar crea confusión y conflictos. Nos es difícil asistir a citas periódicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Contamos con el apoyo de algunas personas en momentos de estrés. Valoramos y pedimos la ayuda de los expertos (médicos y enfermeras) para resolver nuestros problemas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Somos muy independientes y con frecuencia no necesitamos la ayuda de los demás. Nos gusta resolver los problemas por nuestra propia cuenta. Pedir ayuda nos inquieta y a menudo nos molesta, por lo que es posible que no obtengamos el apoyo que necesitamos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Nuestra familia y amigos están cansados porque es difícil atender todas nuestras necesidades. Estamos agradecidos por su ayuda, pero no estamos seguros que vaya a funcionar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Creemos que las relaciones familiares desde la edad temprana son importantes. Las relaciones personales nos hacen sentir seguros y nos son útiles.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Tenemos muchos amigos, pero no amigos cercanos. A menudo enfrentamos solos nuestros problemas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Somos de ayuda y francos al resolver nuestros problemas. Nuestros familiares son accesibles y comprensivos, incluso cuando no estamos de acuerdo o discutimos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Nuestros familiares pueden ser distantes, indiferentes y fríos. Olvidan o ignoran la importancia de las relaciones familiares desde la edad temprana.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Tenemos recuerdos dolorosos de las relaciones familiares desde la edad temprana. Seguimos enojados con nuestros padres.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Para uso exclusivo del consultorio:

Style I: _____ + _____ + _____ = _____ /30 (3 + 6 + 8)

Style II: _____ + _____ + _____ = _____ /30 (1 + 4 + 9)

Style III: _____ + _____ + _____ = _____ /30 (2 + 5 + 7)

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI009S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres *(página 1 de 2)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: ☐ *Padre o madre* ☐ *Otro:* _____

Instrucciones: *Piense en cada respuesta en el contexto de lo que es apropiado para la edad de su niño.*

Tome en cuenta el comportamiento de su niño ***durante los últimos 6 mesas*** *para contestar este formulario.*

Esta evaluación es en relación a cierto periodo de tiempo en que su niño: ☐ *tomaba medicamentos* ☐ *no tomaba medicamentos* ☐ *no está seguro*

Síntomas	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, por ejemplo, al hacer la tarea	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para concentrarse en lo que debe hacer	0	1	2	3
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones que se le dan y no termina las actividades (esto no se debe a que se niegue a hacerlo ni a que no entienda)	0	1	2	3
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	0	1	2	3
6. Evita, le disgustan o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental continuo	0	1	2	3
7. Pierde cosas necesarias para hacer trabajos o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices o libros)	0	1	2	3
8. Se distrae con facilidad con ruidos y otras cosas	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en las actividades diaria	0	1	2	3
10. Mueve nerviosamente las manos o los pies, o se retuerce cuando está sentado	0	1	2	3
11. Se levanta de su silla cuando debe permanecer sentado	0	1	2	3
12. Corre o trepa demasiado cuando debe permanecer sentado	0	1	2	3
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar juegos tranquilos sin hacer ruido	0	1	2	3
14. Está constantemente "en movimiento" o actúa como "si tuviera un motor"	0	1	2	3
15. Habla demasiado	0	1	2	3
16. Contesta antes de que le terminen de hacer una pregunta	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18. Interrumpe o estorba a los demás cuando están hablando o jugandos	0	1	2	3
19. Discute con los adultos	0	1	2	3
20. Pierde la calma y se enoja	0	1	2	3
21. Desobedece o se niega a seguir las órdenes o reglas de los adultos	0	1	2	3
22. Molesta a los demás a propósito	0	1	2	3
23. Culpa a los demás por sus errores o por su mala conducta	0	1	2	3
24. Es susceptible, se ofende o enoja fácilmente con los demás	0	1	2	3
25. Está enojado o resentido	0	1	2	3
26. Siente odio o rencor (se quiere vengar)	0	1	2	3
27. Molesta, amenaza o intimida a los demás	0	1	2	3
28. Inicia peleas físicas	0	1	2	3
29. Miente para evitar problemas o para evitar trabajar (por ejemplo, engaña a los demás)	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso	0	1	2	3
31. Abusa físicamente de otras personas	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor	0	1	2	3

Adaptado del Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale.
Mark L. Wolraich, MD. Oklahoma University Health Sciences Center. Utilizado con permiso.

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.

Patient and Provider Publications 801-442-2963 ADD003S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

Van ADHD 50407

Intermountain® Healthcare

Continúa en la página siguiente →

ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres *(página 2 de 2)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Síntomas *(continuado)*	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
33. Destruye la propiedad de otros a propósito	0	1	2	3
34. Ha usado armas que pueden causar daños graves (bats de béisbol, cuchillos, ladrillos, pistolas)	0	1	2	3
35. Es cruel hacia los animales	0	1	2	3
36. Ha causado incendios a propósito para causar daño	0	1	2	3
37. Ha entrado sin permiso a la casa, negocio o automóvil de otras personas	0	1	2	3
38. Ha pasado toda la noche fuera de casa sin permiso	0	1	2	3
39. Se ha escapado de casa por la noche	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a tener relaciones sexuales	0	1	2	3
41. Es miedoso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
42. Tiene miedo de probar cosas nuevas por miedo a cometer errores	0	1	2	3
43. Se siente inútil o inferior	0	1	2	3
44. Se culpa a sí mismo por sus problemas; se siente culpable	0	1	2	3
45. Se siente solo, no deseado, o rechazado; se queja de que "nadie lo quiere"	0	1	2	3
46. Está triste, deprimido o no es feliz	0	1	2	3
47. Se siente diferente o se avergüenza con facilidad	0	1	2	3

Rendimiento	Superior al promedio		Promedio		Problemático
48. **Rendimiento escolar en general**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Lectura	1	2	3	4	5
b. Matemáticas	1	2	3	4	5
c. Expresión escrita	1	2	3	4	5
49. **Comportamiento general en clase**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Relación con sus compañeros	1	2	3	4	5
b. Seguimiento de instrucciones o reglas	1	2	3	4	5
c. Interrupciones en clase	1	2	3	4	5
d. Finalización de tareas	1	2	3	4	5
e. Capacidad de organización	1	2	3	4	5

Comentarios:

Para uso exclusivo del consultorio:

SYMPTOMS:

Number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total symptom score for questions 1–18 (add all scores): _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

PERFORMANCE:

Number of items scored 4 or 5 in questions 48–49: _____

Average performance score (total all scores, then divide by 10): _____

Adaptado del Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale.
Mark L. Wolraich, MD. Oklahoma University Health Sciences Center. Utilizado con permiso.

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 ADD003S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

Intermountain® Healthcare

Mental Health *Integration*

Escala de evaluación de síntomas de depresión *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: ☐ Yo mismo ☐ Padre o madre ☐ Otro: _____

Esta evaluación es en relación a cierto periodo de tiempo en que su niño: ☐ tomaba medicamentos ☐ no tomaba medicamentos ☐ no está seguro

Marque el número en la escala de evaluación que corresponda mejor a los síntomas de su niño.

	Síntomas	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco			Más o menos			Mucho		No podría ser peor
1	**Depresión** Puede incluir los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza, llanto, desesperanza, aislamiento, desánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	**IIrritabilidad** Puede incluir los siguientes síntomas: enojo intenso, berrinches, agresión, incapacidad para hacer frente a la frustración, episodios de ira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	**Pérdida del placer** Puede incluir los siguientes síntomas: pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, deja de participar en sus actividades habituales (deportes, danza, etc.), incapacidad para disfrutar las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	**Trastornos del sueño** Puede incluir los siguientes síntomas: dificultad para quedarse dormido, se despierta con frecuencia, duerme durante el día, se duerme tarde y se despierta temprano, duerme todo el tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	**Apetito** Puede incluir los siguientes síntomas: pérdida del apetito, pérdida considerable de peso (_____libras o kg), aumento del apetito, aumento considerable de peso (_____libras o kg)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	**Agitación** Puede incluir los siguientes síntomas: inquietud, hiperactividad, incapacidad para relajarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	**Falta de energía** Puede incluir los siguientes síntomas: está cansado todo el tiempo, no tiene ganas de hacer nada, es menos activo de lo habitual, habla y responde con más lentitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	**Sentimientos de inutilidad** Puede incluir los siguientes síntomas: sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, poca autoestima, habla mal sobre sí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	**Falta de concentración** Puede incluir los siguientes síntomas: no puede concentrarse, tiene períodos cortos de atención, no escucha a los demás, se distrae con facilidad, no puede pensar, es indeciso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	**TPensamientos recurrentes de muerte** Puede incluir los siguientes síntomas: ideas suicidas, hacerse daño a sí mismo, pensamientos, planes o intento de suicidio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	**IIncapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	**Incapacidad en la escuela a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en la escuela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda

☐ 2 a 4 semanas ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 a 2 años ☐ más de 2 año

¿Han durado 2 o más de estos síntomas más de 1 año? ☐ SÍ ☐ NO

Para uso exclusivo del consultorio: Symptom score (1–10): _____ /100 Impairment score (11–12): _____ /20

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI011S-11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

Evaluación de los trastornos de ansiedad y estrés *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el paciente: ☐ Yo mismo ☐ Padre o madre ☐ Otro: _____

El paciente actualmente: ☐ ¿toma medicamentos para la regulación del estado de ánimo? ☐ ¿no toma medicamentos? ☐ ¿no está seguro? ☐ ¿recibe orientación o psicoterapia?

Durante las últimas 2 semanas, *¿con qué frecuencia ha molestado los siguientes problemas a usted o a su hijo? Circule un número para cada artículo.*

	Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	**Frecuencia**			
		En lo absoluto	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1	¿Sentirse nervioso, ansioso o malhumorado?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Incapacidad de detener o controlar las preocupaciones?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Demasiada preocupación por varias cuestiones?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Dificultad para relajarse?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Tanta inquietud que dificulte el quedarse quieto?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Volverse fácilmente irritable o molesto?	**0**	**1**	**2**	**3**
	¿Sentir miedo, como si algo terrible pudiera ocurrir?	**0**	**1**	**2**	**3**

Marque el número en la escala de evaluación que corresponda mejor a sus síntomas o a los de su niño.

	Otros síntomas	**Escala de evaluación**										
		En lo absoluto			**Un poco**		**Más o menos**		**Mucho**		**No podría ser peor**	
2	**Pánico:** Esto incluso puede aumentar la frecuencia cardíaca, aumentar la presión arterial, presión o dolor en el pecho, respiración irregular y mareos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	**Síntomas físicos:** Esto incluso puede ser dolor de estómago, dolor de cabeza, tensión muscular, temblores, espasmos y sudoración	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	**Obsesiones o compulsiones:** Esto incluso puede ser pensamientos recurrentes o persistentes que no se pueden controlar (preocupación por los gérmenes, el trabajo escolar, la perfección, la suciedad, la seguridad, la muerte); conductas repetitivas o rutinas excesivas que no se pueden controlar (como lavarse excesivamente las manos, revisar las cerraduras, limpiar, asearse en exceso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	**Estrés postraumático:** Esto incluso puede tener pensamientos o sueños recurrentes o inquietantes sobre un acontecimiento traumático del pasado, reacciones físicas al recordar el acontecimiento, evitar situaciones que recuerdan aspectos del acontecimiento, sentirse aislado o aturdido emocionalmente y sentirse nervioso o asustado con facilidad Marque esta opción si los síntomas de estrés postraumático han durado **más de 4 semanas:** ☐	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	**Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	**Incapacidad fuera del hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general fuera del hogar (en la escuela, trabajo, iglesia, con los amigos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda):

☐ 2 a 4 semanas ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 a 2 años ☐ más de 2 años

¿Han durado 2 o más de estos síntomas más de 1 año? ☐ SÍ ☐ NO

Para uso exclusivo del consultorio GAD-7 score (item 1): _____ / 21 Other symptoms (2-5): _____ /40 Impairment score (6-7): _____ /20

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI013S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

Evaluación de síntomas de los trastornos del desarrollo *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: ☐ Yo mismo ☐ Padre o madre ☐ Otro: _____

Su niño actualmente: ☐ ¿Está tomando medicamentos para síntomas de algún trastorno del desarrollo? ☐ ¿No está tomando medicamentos? ☐ ¿No está seguro? ☐ ¿Recibe orientación o psicoterapia?

Marque el número en la escala de evaluación que indique mejor cuánto corresponden los síntomas que se describen a los de su niño.

	Síntomas	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos			Mucho		No podrían ser peores	
1	**Lenguaje** Puede incluir los siguientes síntomas: habla de manera muy formal o precisa, parece un "diccionario andante", habla con voz monótona, finge tener acentos extranjeros, olvida esperar su turno en las conversaciones, interpreta las cosas de forma literal, tiene problemas para entender metáforas o figuras retóricas ¿Su niño tuvo un desarrollo normal del lenguaje al cumplir los 3 años? ☐ sí ☐ no ☐ no sabe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	**Sensibilidad emocional** Puede incluir los siguientes síntomas: no siente empatía por los demás, reacciona de forma exagerada o insuficiente al estrés, se le dificulta entender los sentimientos de los demás, le cuesta controlar sus emociones, reacciona de forma exagerada, se muestra indiferente, muestra poca afectividad, no se interesa por los sentimientos de los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	**Interacción social** Puede incluir los siguientes síntomas: no es consciente de la presión entre compañeros ni de las normas sociales, espera que los demás sepan lo que está pensando, no se interesa en las actividades de grupo, no trabaja bien en equipo, evita el contacto social, no le interesa la opinión de los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	**Integración sensorial** Puede incluir los siguientes síntomas: es demasiado sensible o no lo suficientemente sensible a algunos sonidos, luces, texturas o al dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	**Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	**Incapacidad en la escuela a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en la escuela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda):

☐ 2 a 4 semanas ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 a 2 años ☐ más de 2 años

Para uso exclusivo del consultorio: Symptom score (1–4): _____ /40 Impairment score (5–6): _____ /20

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI010S - 11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

Mental Health *Integration*

Niños/Adolescentes y Adultos

Evaluación de síntomas del estado de ánimo *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ ☐ Yo mismo ☐ Padre o madre ☐ Otro: _____

El paciente actualmente: ☐ ¿Está tomando medicamentos para la regulación del estado de ánimo? ☐ ¿No está tomando medicamentos? ☐ ¿No está seguro? ☐ ¿Recibe orientación o psicoterapia?

Marque el número en la escala de evaluación que indique mejor cuánto corresponden los síntomas que se describen a continuación a los suyos o a los de su niño.

	Síntomas	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos		Mucho		No podrían ser peores		
1	**Exaltación del estado de ánimo (manía)** Puede incluir los siguientes síntomas: impulsividad, aumento de energía, incremento en la actividad, necedad, alegría inusual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	**Irritabilidad** Puede incluir los siguientes síntomas: enojo intenso, berrinches, agresión, incapacidad para hacer frente a la frustración, episodios de ira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	**Egocentrismo** Puede incluir los siguientes síntomas: tiene delirios de grandeza, es autoritario o dominante, ignora los sentimientos de los demás, cree que siempre tiene la razón, que nada puede hacerle daño y que es mejor que los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	**Trastornos del sueño** Puede incluir los siguientes síntomas: dificultad para quedarse dormido, se despierta con frecuencia, duerme durante el día, se duerme tarde y se despierta temprano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	**Necesidad de hablar más de lo normal** Puede incluir los siguientes síntomas: habla constantemente, interrumpe a los demás, tiene la necesidad de seguir hablando	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	**Pensamiento acelerado** Puede incluir los siguientes síntomas: piensa más rápido de lo que puede hablar, cambia de tema con facilidad, piensa en muchas cosas a la vez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	**Falta de concentración** Puede incluir los siguientes síntomas: no puede concentrarse, tiene períodos cortos de atención, no escucha a los demás, se distrae con facilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	**Agitación** Puede incluir los siguientes síntomas: inquietud, hiperactividad, incapacidad para relajarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	**Participación en actividades de alto riesgo** Puede incluir los siguientes síntomas: interés desmedido en el sexo, consumo de drogas y alcohol, adicción al juego y las apuestas, conduce de manera imprudente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	**Impulsividad** Puede incluir los siguientes síntomas: ideas suicidas, se hace daño a sí mismo, huye de casa, falta de criterio, es astuto, actúa sin pensar, no aprende de sus errores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	**Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	**Incapacidad fuera del hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto:** Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general fuera del hogar (en la escuela, trabajo, iglesia, con los amigos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda):

☐ 2 a 4 semanas ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 a 2 años ☐ más de 2 años

Para uso exclusivo del consultorio: Symptom score (1–10): _____ /100 Impairment score (11–12): _____ /20

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 MHI012S-11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare

Escala de evaluación de incapacidad en el hogar *(página 1 de 1)*

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Nombre del padre o la madre: _____

Instrucciones: Marque con un círculo el número (del 1 al 7) que mejor describa el grado de incapacidad de su niño en cada una de las **categorías de funcionamiento** que aparecen en la columna de la izquierda. **Recuerde:** que entre más alto sea el número, más alta será la incapacidad.

Categoría de funcionamiento	Los síntomas de su niño son apropiados para su edad y sexo. Su niño **no** muestra señales de incapacidad en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con **un poco de más** frecuencia o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y sólo **rara vez** interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con **más frecuencia** o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y **a veces** interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes **con mucha más frecuencia** o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y **por lo general** interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes **con muchísima más frecuencia** o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y **la mayoría de las veces** interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están **presentes con tanta frecuencia** o intensidad superior a la que se espera en niños de su misma edad y sexo que **casi siempre** interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes **con tanta frecuencia o intensidad** que interfieren por completo con el funcionamiento normal en el hogar. Los síntomas **pueden crear una crisis** que requiere medidas de inmediato para evitar un peligro o daño graves.
	Sin incapacidad	**Muy poca incapacidad**	**Incapacidad leve**	**Incapacidad moderada**	**Incapacidad grave**	**Incapacidad muy grave**	**Máxima incapacidad**
El comportamiento ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para seguir las reglas en casa, obedecer a los padres o cumplir las expectativas de comportamiento en general?	1	2	3	4	5	6	7
Relaciones personales ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para iniciar y mantener relaciones cercanas con sus compañeros?	1	2	3	4	5	6	7
Emociones ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para cumplir sus obligaciones y tareas diarias en casa?	1	2	3	4	5	6	7
Obligaciones ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para cumplir sus obligaciones y tareas diarias en casa?	1	2	3	4	5	6	7

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 ADD009S -11/13
(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

MHI Pack 50402

Intermountain® Healthcare