

INFORMACION DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

¿Qué servicios están buscando? _____ Terapia _____ Administración de medicamentos
_____ Entrenamiento de Habilidades

Marcar por favor cualquier preocupación que (paciente) tenga en las áreas siguientes. Por favor dejar en blanco los que no aplica.

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| _____ triste, deprimido | _____ temeroso/ miedo | _____ pensamientos de suicidios |
| _____ llorar fácilmente | _____ sentirse abrumado | _____ pesadillas |
| _____ cambio de humor | _____ agotado | _____ retrocesos |
| _____ no poder dormir | _____ preocupación | _____ no acordarse de las cosas |
| _____ dormir mucho | _____ sensación tensionado | _____ no se puede concentrar |
| _____ siempre cansado | _____ fácilmente enojarse | _____ hiperactividad |
| _____ tensión del musculo | _____ agresión | _____ difícil para aprender |
| _____ no puede comer | _____ irritabilidad | _____ escuchar voces |
| _____ comiendo mucho | _____ comportamientos | _____ mirando cosas que no |
| _____ sensación ansiosa/
nervios | _____ obsesivos | _____ están |
| _____ dolor/ ataques de
ansiedad | _____ comportamiento de
danos a uno mismo | _____ alcohol/ uso de drogas |

Marcar por favor lo siguiente si está afectando actualmente su vida. Cuál de los siguientes síntomas pueden afectar su niño o sus necesidades de conducta.

- | | | |
|---|--|---|
| _____ mudanza | _____ niño/s con necesidades
especiales | _____ conflictos de familia |
| _____ conteniendo las
preocupaciones | _____ abuso de familia | _____ divorcio |
| _____ desamparado | _____ violencia domestica | _____ preocupación de
relación |
| _____ perdida de trabajo | _____ alcohol/ drogas en la
familia | _____ embarazo |
| _____ muerte/ pena | _____ preocupaciones por un
padre | _____ preocupaciones de salud |
| _____ preocupaciones por los
niños | | _____ cuestiones legales/
antecedentes penal |