

Questionário de Admissão à Clínica de Saúde Mental

***OBSERVE QUE TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO SEU FILHO ***

1. Dados demográficos:

Nome do Adolescente:

Idade:

Data de Nascimento:

Nome do Pai/Guardião:

Endereço:

Número de telefone:

Número de telefone alternativo: _____

Etnia: Caucasiano (não hispânico) Afro americano Indígena americano Nativo do Alaska Asiático/Pacífico Hispânico-Mexicano Hispânico-Porto-riquenho Hispânico-Cubano Hispânico – Dominicano Hispânico-Outro Outro

Seguro de Saúde: _____ Número da Apólice: _____

Pessoa que está preenchendo o questionário: _____ Parentesco: _____

Quem tem a guarda legal do Adolescente indicado acima? _____

Parentesco: _____

Quem tem a custódia física do Adolescente nomeado acima? _____

Parentesco: _____

Quem tem o poder legal de decisão sobre o Adolescente nomeado acima? _____

Parentesco: _____

2. Histórico de Tratamento.

Listar todos os fornecedores anteriores de tratamento de saúde mental ou abuso de substâncias

(Serviços de tratamento para abuso de substâncias, mediação, psiquiátrico, psicológico, neurológico, e de internação ou clínico)

Agência: _____ Local: _____
Datas do serviço: _____ Terapeuta: _____

Motivo por buscar os serviços _____

Diagnóstico (Se houver): _____

Remédios psiquiátricos: _____ Os remédios foram eficientes? : Sim ou Não (Marcar com círculo)

Agência: _____ Local: _____
Datas do serviço: _____ Terapeuta: _____

Motivo de busca dos serviços _____

Diagnóstico (Se houver): _____

Remédios psiquiátricos: _____ Os remédios foram eficientes? : Sim ou Não (Marcar com círculo)

Agência: _____ Local: _____

Datas do serviço: _____ Terapeuta: _____

Motivo de busca dos serviços _____

Diagnóstico (Se houver): _____

Remédios psiquiátricos: _____ Os remédios foram eficientes? : Sim ou Não (Marcar com círculo)

Agência: _____ Local: _____

Datas do serviço: _____ Terapeuta: _____

Motivo de busca dos serviços: _____

Diagnóstico (Se houver): _____

Remédios psiquiátricos: _____ Os remédios foram eficientes? : Sim ou Não (Marcar com círculo)

(CIRCULAR A RESPOSTA) O seu filho já foi hospitalizado alguma vez por motivos psiquiátricos? SIM OU NÃO

Se afirmativo, por favor, forneça o seguinte:

DATA(S)

HOSPITAL

MOTIVO

Foram receitados remédios para o seu filho em consequência da hospitalização? Sim ou

Não

Se afirmativo, por favor, liste os nomes dos remédios: _____

Existem outros irmãos que estejam vivendo fora de casa atualmente?

Sim ou Não

Se afirmativo, liste os seus nomes e idades e onde eles estão morando atualmente:

Nome

Idade

Onde eles estão morando atualmente

4. Apresentando as preocupações:

a.) Qual é a principal dificuldade com o comportamento do seu filho? (Exemplos: Obedecer às regras, abusivo verbalmente, abusivo fisicamente, problemas de humor) EXPLIQUE	a.)
b.) Descreva seu relacionamento com seu filho (Exemplo: Vocês discutem muito?) EXPLIQUE	b.)
c.) Os amigos dos seus filhos impactam de maneira positiva ou negativa a vida deles? EXPLIQUE	c-)
d.) Outras preocupações:	d.)

5. Informações educacionais:

Frequenta colégio público/particular: _____
Nome do Colégio Cidade/Vila Ano

G ED/programação educacional alternativa: _____
Local Datas e Horários

Conselheiro Orientador _____ Repetiu anos: Sim ou Não

Qual(is) Ano(s)? _____

O seu filho tem Serviços Educacionais Especiais? Marque com um círculo Sim ou Não

Plano IEP/504? Marque com um círculo Sim ou Não

Se afirmativo, o plano deles está baseado em qual diagnóstico? _____

O seu filho tem problemas de comportamento na escola (EXPLIQUE)

6. Atividades positivas/informações do grupo de colegas: (Marcar todas as que se aplicam e explicar)

Esportes organizados _____ Música _____
 Passar tempo com amigos _____ Clubes _____
 Artes/ Artesanato _____ Esportes Informais _____
 Emprego _____
 Outros _____

7. Informações médicas:

Nome do Médico:

Telefone
:

Nome do Dentista:

Telefone
:

Último exame médico:

Último exame odontológico:

Quaisquer problemas médicos atuais
ou doenças crônicas:

Quaisquer problemas odontológicos atuais:

Qualquer hospitalização anterior ou
doença/cirurgia física grave:

Listar todos os remédios que o seu filho já tomou:

Listar todos os remédios que o seu filho está tomando
atualmente:

Quem é o responsável por receitar remédios para o seu
adolescente?

Seu filho é alérgico a quaisquer remédios? Marcar com um círculo: Sim Não

Se afirmativo, listar o nome e as doses dos remédios: _____

Na página a seguir existe uma breve lista de verificação de comportamentos sobre o seu filho. Por favor, preencha este formulário de acordo com o que VOCÊ como pai observa sobre o comportamento do(s) seu(s) filho(s).

QUESTIONÁRIO DOS PAIS

Comportamental/Emocional

Favor marcar qualquer dos itens seguintes que sejam típicos do seu filho:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afetuoso | <input type="checkbox"/> Frustrado facilmente | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Agressivo | <input type="checkbox"/> Jogatina a dinheiro | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Problemas com álcool | <input type="checkbox"/> Generoso | <input type="checkbox"/> Ansiedade da separação |
| <input type="checkbox"/> Raivoso | <input type="checkbox"/> Alucinações | <input type="checkbox"/> Provoca incêndios |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Bate a cabeça | <input type="checkbox"/> Viciado em sexo |
| <input type="checkbox"/> Apego a bonecas | <input type="checkbox"/> Problemas do coração | <input type="checkbox"/> Simula sexo |
| <input type="checkbox"/> Evita os adultos | <input type="checkbox"/> Desespero | <input type="checkbox"/> Compartilha |
| <input type="checkbox"/> Molha a cama | <input type="checkbox"/> Machuca animais | <input type="checkbox"/> Doente com frequência |
| <input type="checkbox"/> Piscar, tiques nervosos | <input type="checkbox"/> Amigos imaginários | <input type="checkbox"/> Pouca concentração |
| <input type="checkbox"/> Comportamento bizarro | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Encabulado, tímido |
| <input type="checkbox"/> Intimida, ameaça | <input type="checkbox"/> Irritável | <input type="checkbox"/> Problemas do sono |
| <input type="checkbox"/> Descuidado, imprudente | <input type="checkbox"/> Preguiçoso | <input type="checkbox"/> Lento |
| <input type="checkbox"/> Dores no peito | <input type="checkbox"/> Problemas de | <input type="checkbox"/> Faz sujeiras |
| <input type="checkbox"/> Desajeitado | <input type="checkbox"/> aprendizado | <input type="checkbox"/> Problemas da fala |
| <input type="checkbox"/> Confiante | <input type="checkbox"/> Mente frequentemente | <input type="checkbox"/> Furta |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo | <input type="checkbox"/> Escuta os conselhos | <input type="checkbox"/> Dores de estômago |
| <input type="checkbox"/> Viciado em | <input type="checkbox"/> Solitário | <input type="checkbox"/> Ameaças suicidas |
| <input type="checkbox"/> computadores | <input type="checkbox"/> Baixa autoestima | <input type="checkbox"/> Tentativas de suicídio |
| <input type="checkbox"/> Desafiador | <input type="checkbox"/> Bagunceiro | <input type="checkbox"/> Respondão |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Range os dentes |
| <input type="checkbox"/> Destrutivo | <input type="checkbox"/> Pesadelos | <input type="checkbox"/> Chupa o polegar |
| <input type="checkbox"/> Dificuldades de fala | <input type="checkbox"/> Obediente | <input type="checkbox"/> Tiques ou contorções |
| <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Doente com frequência | <input type="checkbox"/> Comportamentos |
| <input type="checkbox"/> Dependência de drogas | <input type="checkbox"/> Opositor | <input type="checkbox"/> inseguros |
| <input type="checkbox"/> Transtorno alimentar | <input type="checkbox"/> Hiperativo | <input type="checkbox"/> Pensamentos estranhos |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmado | <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Perda de peso |
| <input type="checkbox"/> Masturbação excessiva | <input type="checkbox"/> Ataques de pânico | <input type="checkbox"/> Retraído |
| <input type="checkbox"/> Espera falhar | <input type="checkbox"/> Fobias— | <input type="checkbox"/> Preocupação excessiva |
| <input type="checkbox"/> Cansaço | <input type="checkbox"/> Sem apetite | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Medroso | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | |
| <input type="checkbox"/> Ferimentos frequentes | <input type="checkbox"/> Brigas | |

TRAGA este Questionário de três páginas preenchido na entrevista de avaliação de seu filho. O pessoal da Clínica de Saúde Mental telefonará para lhe lembrar da sua consulta pelo menos uma semana antes da sua data de avaliação. Se você tiver quaisquer dúvidas, por favor, ligue para a Clínica de Saúde Mental no telefone 458-5030.

Muito obrigado,

A Clínica de Saúde Mental