**ALERT®**

# Evaluación de Bienestar - Menores

Al completar este breve cuestionario nos ayudará a brindar servicios que se adapten a las necesidades del menor. Responda cada pregunta lo mejor posible y revise las respuestas con el terapeuta del menor. Marque los círculos así: ●

Apellido de Nino ____ , Primer Nombre ____ Fecha de Nacimiento del Menor __ / __ / __

No. de Identificación ____ No. de Autorización ____

Nombre del Terapueta: (Apellido, Nombre) ____ , ____ Fecha Actual __ / __ / __

Identificación del Terapueta ____ Teléfono del Terapueta ___ ___ - ____ Estado ____ *MRef* ○

Visita No. : ○ 1 o 2 ○ 3 a 5 ○ Otro

Parentesco con el menor:
○ Madre ○ Padre ○ Madrastra/Padrastro ○ Otro Parentesco ○ Menor/Sí Mismo ○ Otro

*Para las preguntas 1-21, tenga en cuenta la experiencia que ha tenido.*

| **Marque el círculo que mejor describe al menor:** | *Nunca* | *A Veces* | *A Menudo* |
|---|---|---|---|
| 1. Destruyó propiedad | ○ | ○ | ○ |
| 2. Se sintió desdichado o triste | ○ | ○ | ○ |
| 3. Su conducta causó problemas en la escuela | ○ | ○ | ○ |
| 4. Tuvo arrebatos de cólera | ○ | ○ | ○ |
| 5. La preocupación le impidió realizar sus actividades | ○ | ○ | ○ |
| 6. Se sintió inútil o inferior | ○ | ○ | ○ |
| 7. Tuvo problemas para dormir | ○ | ○ | ○ |
| 8. Cambió de ánimo rápidamente | ○ | ○ | ○ |
| 9. Consumió alcohol | ○ | ○ | ○ |
| 10. Estuvo inquieto, le costó permanecer sentado | ○ | ○ | ○ |
| 11. Tuvo conductas repetitivas | ○ | ○ | ○ |
| 12. Consumió drogas | ○ | ○ | ○ |
| 13. Se preocupó por casi cualquier cosa | ○ | ○ | ○ |
| 14. Necesitó atención constante | ○ | ○ | ○ |

| **¿En qué medida los problemas del menor han causado...** | *Nada en Absoluto* | *Un Poco* | *Algo* | *Mucho* |
|---|---|---|---|---|
| 15. interrupción del tiempo personal? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 16. desorganización de las rutinas familiares? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17. que miembros de la familia sufran problemas mentales o físicos? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18. que se le preste menor atención a algún miembro de la familia? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19. ruptura o alteración de las relaciones dentro de la familia? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20. interrupción o perturbación de actividades sociales de la familia? | ○ | ○ | ○ | ○ |

21. ¿Durante cuántos días la rutina habitual del menor se vio interrumpida por sus problemas? ☐ Días

**Responda las siguientes preguntas únicamente si ésta es la primera vez que completa este cuestionario.**

| 22. En general, usted consideraría que la salud del menor es: | Excelente | Muy Buena | Buena | Regular | Mala |
|---|---|---|---|---|---|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

23. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces el menor visitó a un médico? ○ Ninguna ○ 1 ○ 2-3 ○ 4-5 ○ 6+

24. Durante el mes pasado, ¿cuántos días no pudo usted trabajar a causa de los problemas del menor? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días

25. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a los problemas del menor? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días

20724