

Evaluación De Riesgo

Nombre:

Archivo.:

FDN:

Programa:

Sí	No	Desconocido	Evaluación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Este menor es un peligro para el/ella u otras personas?</p> <input type="checkbox"/> ¿Ha tratado de suicidarse, ha sugerido suicidio, o ha expresado pensamientos de suicidio? <input type="checkbox"/> ¿Ha atacado a otros niños o adultos? <input type="checkbox"/> ¿Tiene tendencias de ponerse en situaciones peligrosas? <input type="checkbox"/> ¿Ha tratado o ha logrado atacar niños sexualmente? <input type="checkbox"/> ¿Se ha mutilado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. ¿El menor tiene un historial de maltrato, abuso físico o sexual, o ha sido expuesto a comportamientos violentos?</p> <input type="checkbox"/> ¿Ha sido expuesto o testigo de abuso físico? <input type="checkbox"/> ¿Ha sido expuesto a maltrato? <input type="checkbox"/> ¿Ha sido expuesto sexualmente o ha sido testigo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. ¿El menor tiene dificultades en su comportamiento que ponen su residencia actual o educación en peligro?</p> <input type="checkbox"/> ¿Sus comportamientos son destructivos y perturbadores? <input type="checkbox"/> ¿Tiene comportamientos perturbadores de arranques emocionales diarios? <input type="checkbox"/> ¿Se niega a seguir simples reglas? <input type="checkbox"/> ¿No responde a límites impuestos u otras formas de disciplina? <input type="checkbox"/> ¿Constantemente reta la autoridad de adultos o trata de de no hacer caso a sus padres? <input type="checkbox"/> ¿Requiere constante supervisión y dirección en casi todo tipo de actividades? <input type="checkbox"/> ¿Requiere total atención de los padres y se pone celoso/a de otras relaciones que tengan los padres con otras personas? <input type="checkbox"/> ¿Camina sin dirección por la noche dentro de la casa? <input type="checkbox"/> ¿Regularmente falta a la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas significantes para dormir?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>4. ¿El menor demuestra comportamiento raro o no común o psicótico?</p> <input type="checkbox"/> ¿Historia de comportamiento relacionada con el inicio de incendios? <input type="checkbox"/> ¿Crueldad a los animales? <input type="checkbox"/> ¿Se masturba compulsivamente o en público? <input type="checkbox"/> ¿Escucha voces inducidas por el alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> ¿Constantemente repite palabras, sonidos, frases, o hace sonidos extraños? <input type="checkbox"/> ¿Embarra excusados o participa en otras actividades repulsivas? <input type="checkbox"/> ¿No tiene expresión en la cara y cuando habla sus ideas no coinciden con el tema de la conversación? <input type="checkbox"/> ¿Demuestra significativa paranoia como si alguien le quiere hacer daño? <input type="checkbox"/> ¿Fijaciones extrañas?

TBS Risk Assessment

Mental Health Systems, Inc.
Confidential Patient Information
 See W&I Code 5328

11-2002/CSOC/ms white

Name:

Chart #:

DOB:

Program:

			<input type="checkbox"/> ¿Guarda muchas cosas o esconde comida? <input type="checkbox"/> ¿Come o toma sustancias que no son comida?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿El menor necesita medicamento psicotrópico? <input type="checkbox"/> ¿La necesidad de ayuda es inmediata? <input type="checkbox"/> ¿Necesita una evaluación de medicamento? <input type="checkbox"/> ¿El estado presente de medicamento psicotrópico es estable?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿El menor tiene problemas haciendo ajustes sociales? <input type="checkbox"/> ¿Regularmente esta involucrado en pelias físicas con otros niños o adultos? <input type="checkbox"/> ¿Hace amenazas con palabras? <input type="checkbox"/> ¿A propósito destruye sus cosas personales y las de otros? <input type="checkbox"/> ¿Se va de la casa o evita la supervisión de los adultos? <input type="checkbox"/> ¿Lo/la han agarrado/a robando o se ha sabido que ha robado en más de una ocasión? <input type="checkbox"/> ¿Frecuentemente dice mentiras para evitar ser castigado/a, o para quedar bien con sus amistades? <input type="checkbox"/> ¿Ha sido detenido/a por violar severamente leyes? <input type="checkbox"/> ¿No parece sentir culpa después de las consecuencias? <input type="checkbox"/> ¿Patrones consistentes de comportamiento desafiante? <input type="checkbox"/> ¿No forma un apego o unión a los padres o adultos apropiado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿El menor tiene problemas haciendo o manteniendo relaciones apropiadas? <input type="checkbox"/> ¿Es capaz de formar relaciones positivas con sus amistades? <input type="checkbox"/> ¿Provoca a otros niños para hacerse la víctima? <input type="checkbox"/> ¿Está involucrado en pandillas o expresa ganas de ser parte de una pandilla? <input type="checkbox"/> ¿Se involucra en actos sexuales que lo/la ponen en riesgo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿El menor tiene problemas de limpieza personal? <input type="checkbox"/> ¿Se orina en la cama? <input type="checkbox"/> ¿Se niega o no puede atender a su limpieza personal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿El menor tiene problemas significantes según sus funciones de desarrollo? <input type="checkbox"/> ¿El desempeño del menor en la escuela es insuficiente? <input type="checkbox"/> ¿Tiene atrasos de lenguaje especialmente para expresarse y entender en diferentes contextos de conversación? <input type="checkbox"/> ¿Bajo nivel de socialización e incapaz de manejar trabajos o comportamientos apropiados para su edad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿El menor tiene problemas para controlar sus emociones? <input type="checkbox"/> ¿Presenta severos problemas de comportamiento; grita sin control; llora sin consolación? <input type="checkbox"/> ¿Prefiere estar sin compañía? <input type="checkbox"/> ¿Le molesta mucho separarse de sus padres aunque sea momentáneamente? <input type="checkbox"/> ¿Se preocupa excesivamente de cualquier cosa? <input type="checkbox"/> ¿Se preocupa compulsivamente por cualquier cosa?

TBS Risk Assessment

Mental Health Systems, Inc.
Confidential Patient Information
 See W&I Code 5328

11-2002/CSOC/ms white

Name:

Chart #:

DOB:

Program:

			<input type="checkbox"/> ¿Regularmente expresa sentimientos de ser despreciado/a? <input type="checkbox"/> ¿Demuestra sentimientos excesivos de grandeza? <input type="checkbox"/> ¿Regularmente aparece deprimido/a o triste? <input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas relacionados con alimentación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿El menor tiene problemas para poner atención o de inquietud? <input type="checkbox"/> ¿Está muy distraído cuando le hablan? <input type="checkbox"/> ¿Es muy inquieto cuando le hablan?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿El menor ha estado internado en un hospital psiquiátrico o ha tomado medicamento psicotrópico prescrito? <input type="checkbox"/> ¿Ha estado internado en un hospital psiquiátrico? <input type="checkbox"/> ¿Actualmente está recibiendo tratamiento de salud mental? <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido tratamiento de salud mental previamente después de salir del hospital? <input type="checkbox"/> ¿Actualmente está tomando un medicamento psicotrópico? <input type="checkbox"/> ¿En el pasado ha estado tomando un medicamento psicotrópico? <input type="checkbox"/> ¿El medicamento ha sido prescrito pero no lo toma como debe de tomarlo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿El menor tiene un historial de usar o de ser expuesto a drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> ¿Regularmente usa alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> ¿Antecedentes de abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> ¿La familia tiene antecedentes de abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> ¿Ha sido expuesto a drogas o alcohol dentro del vientre de la madre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿El menor tiene significantes problemas de historiales médicos y problemas físicos y dentales? <input type="checkbox"/> ¿Limitaciones con servicios médicos y dentales? <input type="checkbox"/> ¿Condiciones médicas? <hr/> <input type="checkbox"/> ¿Condiciones dentales? _____ <input type="checkbox"/> ¿Tiene ataques médicos? <input type="checkbox"/> ¿Embarazos? <input type="checkbox"/> ¿Significante aumento de peso o pérdida de peso? <input type="checkbox"/> ¿Comportamientos que ponen al menor en riesgo de problemas de salud por uso de drogas, alcohol, uso de cigarrillos, y/o sexo? <input type="checkbox"/> ¿Demuestra efectos secundarios del medicamento psicotrópico como la boca seca, siente mareos, tiembla, etcétera?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿La familia tiene suficientes recursos para lograr las necesidades básicas del menor? <input type="checkbox"/> ¿La familia tiene suficientes fondos/ seguro médico para cubrir los gastos médicos/ dentales del menor? <input type="checkbox"/> ¿La familia tiene suficientes recursos de transportación para cubrir las

TBS Risk Assessment

Mental Health Systems, Inc.
Confidential Patient Information
See W&I Code 5328

11-2002/CSOC/ms white

Name:

Chart #:

DOB:

Program:

			<p>necesidades básicas del menor?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿La familia tiene suficientes recursos para cubrir las necesidades básicas del menor como la comida, ropa y un lugar donde dormir con electricidad y agua?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿El hogar tiene muebles mínimos como la cama, sofás y una mesa para comer?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿El hogar está limpio adentro y afuera?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿La familia tiene amigos o familiares que apoyan con ayuda adicional u otras conexiones de ayuda?</p>
--	--	--	---

Comentarios:

Fecha: _____ **Firma:** _____ **Nombre:** _____

TBS Risk Assessment

Mental Health Systems, Inc.
Confidential Patient Information

See W&I Code 5328

11-2002/CSOC/ms white

Name:

Chart #:

DOB:

Program: