

## CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL DE RUTINA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos y dosis actuales \_\_\_\_\_

Razón por la que busca Consejería \_\_\_\_\_

Por favor marque del 1 al 4 para lo siguiente: 0- siendo ninguno y 4 siendo el más severo

	0	1	2	3	4
*Se siente nervioso, preocupado, temeroso o ansioso	___	___	___	___	___
*Se siente triste, deprimido, desmotivado, aislado	___	___	___	___	___
*Siente desesperanza y / o desvalorización	___	___	___	___	___
*Dificultad para conciliar el sueño, quedarse dormido o dormir demasiado	___	___	___	___	___
*Episodios de ira intensa y / o agresión hacia los demás	___	___	___	___	___
* Dificultad para controlar las emociones o los pensamientos negativos	___	___	___	___	___
* Problemas para concentrarse, enfocarse, prestar atención	___	___	___	___	___
* Soñar despierto, falta de memoria o sentirse "fuera de zona"	___	___	___	___	___
* Inquieto, nervioso o hiperactivo	___	___	___	___	___
* Sentimiento de vergüenza o culpa	___	___	___	___	___
* Pensamientos obsesivos, repetitivos o patrones rituales únicos	___	___	___	___	___
* Decisiones impulsivas que causan problemas y arrepentimiento	___	___	___	___	___
* Temores de ser juzgado, criticado por otros	___	___	___	___	___
* Ver / escuchar cosas que son difíciles de explicar	___	___	___	___	___
*Impulso a usar drogas, alcohol y / o sexo como dispositivo de afrontamiento	___	___	___	___	___
* Impulso de lastimarse (es decir, rascarse, cortarse o golpearse)	___	___	___	___	___
* Pensamientos de morir o terminar con tu vida.	___	___	___	___	___
* Pensamientos de herir o matar a alguien más	___	___	___	___	___
* Problemas emocionales de alimentación o peso	___	___	___	___	___

- \* Problemas de relación con familiares o amigos \_\_\_\_\_
- \* Pesadillas, terror nocturno o recuerdos no agradables \_\_\_\_\_
- \* Dolor físico en el cuello, hombros, espalda o estómago \_\_\_\_\_
- \* Problemas con la confianza o con la gente para atraparte \_\_\_\_\_
- \* Comportamiento de alto riesgo o grandes ideas que causan problemas \_\_\_\_\_
- \* Períodos de ánimo elevado o expansivo (irritabilidad en niños) \_\_\_\_\_
- \* Pérdida o aumento del apetito \_\_\_\_\_

Describa brevemente su evento más reciente doloroso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_