

Evaluación de Salud Mental

Nombre: _____ Número _____ Fecha _____

1. ¿Está usted tomando medicamentos psiquiátricos? Sí No

¿Cuáles son sus medicamentos?

¿Cuál clínica le hace sus recetas?

Nombre de la Clínica: _____

¿Cuándo es la última vez que recibió medicamentos? _____

2. ¿Los han diagnosticado a usted con alguna condición de salud mental? Sí No

¿Cuál fue su diagnóstico? _____

¿Cuál clínica (o persona) le diagnosticó? _____

3. ¿Hay algún miembro de su familia biológica que haya sido diagnosticado con enfermedades o condiciones de salud mental? Sí No

¿Quién(es) y qué condición(es)? _____

4. ¿Se ha suicidado algún miembro de su familia?..... Sí No

5. ¿Tiene usted apoyo familiar o alguien con quien puede contar? Sí No

Familia Amigos Esposo/a Miembros de su Fe Patrocinador Otro

6. ¿Qué sustancias (alcohol, drogas) utilizaba antes de entrar a la cárcel/prisión?

(Favor de encerrar en un círculo las sustancias que le ha sido difícil dejar de usar.)

¿Última vez uso? menos de una semana menos de un mes menos de 6 meses 6 meses o más

7. ¿Ha sido usted víctima de trauma?..... Sí No

Abuso Físico Abuso emocional Abuso Sexual—Edad? ____ Otro? _____

8. ¿Ha sido usted físicamente hospitalizado (pasado la noche) por salud mental?..... Sí No

¿Cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última vez? ____ ¿Otros años? ____

¿Razón(es) por la hospitalización? _____

¿Ha sido o está usted internado por razones de salud mental? No Sí No ahora, pero en el pasado

9. ¿Ha intentado suicidarse?..... Sí No

¿Cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última vez? ____ ¿Otros años? ____

Método(s) _____

10. ¿Se ha lastimada a sí mismo (sin intentar suicidarse); por ejemplo, cortándose o quemándose? . Sí No

¿Cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última vez? ____ ¿Otros años? ____ ____ ____ ____ ____

Método(s) _____

11. ¿Tiene pensamientos actual o recientemente en que quiera causarse daño a sí mismo o a otras personas?.....
 Sí No

Si la respuesta Sí, favor de comunicarlo al personal de la unidad para que alguien pueda ayudarle.

12. *Favor de indicar cualquier otra cosa que quisiera que el personal de salud mental considere cuando esté revisando esta forma. Indique su actual estado respecto a medicamentos. Si está solicitando medicamentos o ajuste en medicamentos, ¿qué síntomas desea usted mejorar?
