

Persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_ | Relación con el/la niño(a) : \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA EL MÉDICO DE SU NIÑO(A)**

*La salud emocional y física van juntas en los niños. Los padres suelen ser los primeros en notar un problema con el comportamiento y / o las emociones de sus hijos. Usted puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado posible respondiendo estas preguntas. Por favor circule la casilla que mejor describa a su hijo(a). Si no desea responder a una pregunta, puede dejarla en blanco.*

**Por favor circule la respuesta que mejor describa a su hijo(a):**

PSC	NUNCA	ALGUNAS VECES	A MENUDO	Uso de oficina		
				I	A	E
1. Inquieto, incapaz de quedarse quieto	0	1	2			
2. Se siente triste, infeliz	0	1	2			
3. Sueña despierto(a) demasiado	0	1	2			
4. Se niega a compartir	0	1	2			
5. No entiende los sentimientos de otras personas	0	1	2			
6. Se siente sin esperanzas	0	1	2			
7. Tiene problemas para prestar atención	0	1	2			
8. Pelea con otros niños	0	1	2			
9. Está en contra de sí mismo (a)	0	1	2			
10. Culpa a otros de sus propios errores	0	1	2			
11. Parece divertirse menos	0	1	2			
12. No escucha las reglas	0	1	2			
13. Actúa como si tuviera un motor por dentro	0	1	2			
14. Se burla de los demás	0	1	2			
15. Se preocupa mucho	0	1	2			
16. Toma cosas que no le pertenecen	0	1	2			
17. Se distrae fácilmente	0	1	2			

**¿CUÁNTO INTERFIERE LOS PROBLEMAS O LAS DIFICULTADAS QUE USTED HA CIRCULADO ANTERIORMENTE EN LA VIDA DE SU NIÑO(A)?**

	De ninguna manera	Sólo un poco	Mucho	Demasiado
18. ¿Las dificultades que marcó anteriormente alteran o afectan a su niño( a) ?	0	1	2	3
19. ¿Las dificultades que marcó anteriormente causa una carga a usted y su familia?	0	1	2	3
20. ¿Las dificultades que marcó anteriormente interfieren con la vida en el hogar de su niño(a)?	0	1	2	3
21. ¿Las dificultades que marcó anteriormente interfieren con la vida con las amistades de su niño(a)?	0	1	2	3
22. ¿Las dificultades que marcó anteriormente interfieren con las actividades de su niño(a)?	0	1	2	3
23. ¿Las dificultades que marcó anteriormente interfieren con la escuela o el aprendizaje?	0	1	2	3
24. ¿Cree que su niño(a) podría tener problemas con el alcohol o las drogas?			SI	NO
25. ¿Su niño(a) está en consejería o está viendo a un profesional de salud mental?			SI	NO
26. ¿Su niño(a) tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP por sus siglas en ingles) en la escuela?			SI	NO
27. ¿Hay problemas o preocupaciones acerca de su niño(a), usted o su familia que le gustaría hablar de forma privada con su médico?			SI	NO

The comprehensive screening tools were developed as a way to provide a quick measure of mental health and substance abuse issues in the primary care setting. Areas covered: substance abuse, depression, anxiety and familial relations. The backside of the forms allow for fast documentation for the medical record. The scoring instructions below correspond with the appropriate sections on each of the tools.

**Pediatric Behavioral Health Screener**

**PSC – Pediatric Symptom Checklist**

Transfer parents responses to the white boxes in scoring grid on right side of the page. Sum the columns to create scores for scale scores. Sum these scores to create total score.

I (Internalizing symptoms – anxiety and depression)	≥ 5 positive
A (Attention – ADHD)	≥ 7 positive
E (Externalizing symptoms – disruptive behavior)	≥ 7 positive
Total Score	≥ 15 positive

**Functional Impairment**

For items 18-23, any item ≥ 2 represents functional impairment and warrants further assessment.

**Conversation Starter Questions**

Items 24-26 are open-ended questions, included as conversation starters between the physician and the patient regarding any mental health and/or substance abuse concerns.

Item 27 is included in the event that there are issues the patient may be concerned with, which have not been covered by other questions.

**Screening Instructions**

1. Client (or guardian for children) completes the screening tool as part of their regular visit paperwork.
2. PCP and/or office staff calculates the score.
3. If screen is positive, PCP will discuss results with member and refer for a full assessment if needed.
4. PCP completes documentation side of the tool to place in the medical record.
5. PCP's office bills procedure code – 96160 – in addition to their E & M code.

Child's Name: \_\_\_\_\_

Screening Date: \_\_\_\_\_

**Screening Results**

Patient's Pediatric Symptom Checklist was

- Negative
- Positive for
  - Internalizing symptoms
  - Externalizing symptoms
  - Attention symptoms
  - Overall symptoms

Symptoms endorsed on patient's Pediatric Symptom Checklist

- Do not result in functional impairment
- Result in functional impairment for:
  - Child
  - Family
  - Child activities
  - Child's home life
  - Child's friendships
  - Child's school or learning
- Caregiver has concern for patient's use of alcohol or drugs:
  - No
  - Yes
- Caregiver had other concerns:
  - No
  - Yes – Concern was \_\_\_\_\_

Patient currently followed by a mental health provider:

- No
- Yes – Provider is \_\_\_\_\_

Patient currently on an Individualized Education Plan at school

- No
- Yes – Reason for IEP: \_\_\_\_\_

**Screening Summary**

Patient's overall screen was:

- Negative
- Positive, but patient is already followed by a mental health provider
- Positive and warrants further monitoring
- Positive and warrants further assessment

**Intervention**

- Reviewed screening results with patient/family
- Discussed with patient/family impact of screening results on patient's health & need for:
  - Continued monitoring of patient's symptoms
  - Further assessment by a behavioral health provider
  - Family to follow up with patient's current mental health provider
  - Family to follow up with patient's school personnel
- If ADHD is considered, then will further assess for ADHD with Vanderbilt Assessment Protocol
- Patient/family given copy of screening results

**Referral**

- No referral made at this time
- Referred patient to in-house Behavioral Health/Pediatric Psychology service for further assessment and treatment recommendations
- Referred patients to \_\_\_\_\_
- Patient/family has appointment \_\_\_\_\_
- Patient/family given contact number 1-800-652-2010 to call for assistance with locating a behavioral health provider to conduct further assessment.

**Comments:** \_\_\_\_\_