

Cuestionario de salud mental

Usted y su trabajadora social de RRTS están tomando juntos una decisión muy importante sobre la llegada de menores de crianza/adoptivos a su hogar y el impacto en su familia. Por esta razón, estaremos discutiendo temas delicados para ayudar a garantizar la seguridad y el bienestar de su familia y de los posibles menores de crianza/adoptivos que puedan llegar a su hogar. Esta discusión nos ayudará a tomar la mejor decisión para usted, su familia y los menores de crianza/adoptivos.

¿Hay alguien en el hogar que esté tomando un medicamento para tratar un trastorno psiquiátrico?

Sí No

Miembro de la familia	Diagnóstico	Medicamento	Doctor

Identifique los comportamientos y desencadenantes del trastorno relacionados con el diagnóstico:

¿Usted o alguien en su hogar ha sido hospitalizado por problemas o preocupaciones de salud mental o abuso de sustancias?

Sí No

Si la respuesta es Sí, explique:

¿Usted o alguien en su hogar ha recibido consejería individual, grupal o matrimonial?

Sí No

Si la respuesta es Sí, explique:

¿Alguien en su familia ha recibido tratamiento debido a drogas o alcohol?

Sí No

Si la respuesta es Sí, explique:

Nota: Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, es posible que se solicite a su médico documentación sobre su capacidad para ser padre de crianza o adoptivo.

Firma(s) de la familia:	Fecha:
	Fecha:

Declaración del médico/terapeuta prescriptor sobre la salud mental del solicitante

Este formulario deberá ser completado por el médico/terapeuta prescriptor.

[Name] planea brindar cuidado a menores como hogar de crianza o adopción o es un miembro del hogar y se le ha pedido que obtenga esta declaración de su médico/terapeuta prescriptor. Su ayuda para verificar que no existen preocupaciones con respecto a la salud mental de [Name] nos ayudará a completar nuestra evaluación para autorizar la licencia de cuidado de crianza. Gracias.

Nombre:

Diagnóstico:

Medicamento(s): (Incluya el nombre y la dosis)

Consejería recibida: (Individual/marital, actual/pasada, frecuencia, motivo)

Conductas relacionadas con el diagnóstico:

Hospitalizaciones: (Fechas/motivo):

Declaración del médico/terapeuta prescriptor

Marque una de las siguientes casillas indicando si tiene dudas sobre la persona que brindará cuidado a los menores de crianza o adopción en su hogar, o sobre otro miembro del hogar, dado su diagnóstico.

Basado en mi evaluación de _____, mi opinión profesional es que
Insertar nombre(s) de la(s) persona(s)
_____ **no** impediría la aprobación como hogar de crianza o adopción.
(insertar diagnóstico)

Las siguientes preocupaciones de salud mental con respecto a _____
insertar nombre(s) de la(s) persona(s)
me impiden firmar esta declaración, ya que bajo mis criterios **no recomiendo el otorgamiento de una licencia** como hogar de crianza o adopción.

Explique:

Firma del médico/terapeuta prescriptor

Fecha