



Evaluación de Salud Conductual Pediátrica (Edades 5-16)

Nombre de la persona completando el formulario: _____

Relación con el/la niño/a: _____

INFORMACIÓN DE SU HIJO PARA EL MÉDICO

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	CON FRECUENCIA	Office Use		
				I	A	E
1. Inquieto, no puede permanecer quieto	0	1	2			
2. Se siente triste, infeliz	0	1	2			
3. Suele fantasear 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. Se siente desanimado consigo 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 hace caso a las reglas	0	1	2			
13. Actúa como impulsado por un motor	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			



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

¿CUÁNTO INFIERE LOS PROBLEMAS O DIFICULTADES QUE HA CIRCULADO ARRIBA EN LA VIDA DIARIA DE SU HIJO/A?

	Para nada	Sólo un poco	Mucho	Bastante	
18. ¿Las dificultades que marcó arriba alteran o afectan a su hijo/a?	0	1	2	3	
19. ¿Las dificultades que marcó arriba causa una carga a usted y su familia?	0	1	2	3	
20. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren en la vida de su hijo/a en el hogar?	0	1	2	3	
21. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las amistades de su hijo/a?	0	1	2	3	
22. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las actividades de su hijo/a?	0	1	2	3	
23. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con la escuela o el aprendizaje?	0	1	2	3	
24. ¿Cree que su hijo/a podría tener problemas con el alcohol o drogas?				SÍ	NO
25. ¿Su hijo/a está recibiendo consejería o consultando a un profesional de la salud mental?				SÍ	NO
26. ¿Su hijo/a tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) en la escuela?				SÍ	NO
27. ¿Hay problemas o inquietudes sobre su hijo, usted o su familia de los cuales le gustaría hablar en privado con su médico?				SÍ	NO



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

Behavioral Health Screening Scoring and Billing Instructions

The comprehensive screening tools were developed 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 allows 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 if 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.



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

Child's Name: _____

Screening Date: _____

Screening Results

Patient's Pediatric Symptom Checklist was:

- Negative
- Positive
 - 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
 - Child activities
 - Child's home life
 - Family
 - 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- 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.
- Provider 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.



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonercare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

- Further assessment by a behavioral health provider.
- Family to follow up with patient's current mental health provider.
- Family to follow up 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 patient 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:



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767