Mental Health Screening

(Spanish Version)

Name:	**DOB:**	**Admission**	Date:
	JuvID:		Time:
Facility:		**Screening**	Date:
Completed by:			Time:

INSTRUCTIONS: Only fill in white spaces. Leave gray areas blank. "C" = Caution "W" = Warning

Comment: (reference item #)

QUESTIONS FOR TRANSPORTING OFFICER:

	No	Yes C	Yes W
1. Have you noticed anything strange about the youth's behavior?			
2. Do you have any reason to think the youth may try to harm him/herself?			
Total			

Receiving Staff Signature / Title: _____

Comment: (reference item #)

INTAKE SCREENING:

Circumstances:

	No	Yes C	Yes W
1. Is youth charged with a serious offense, such as murder, rape, involuntary manslaughter, aggravated sodomy, aggravated child molestation, aggravated sexual battery, armed robbery with a firearm?			
2. Is this a high profile or highly publicized case?			
3. Has the youth recently experienced any traumatic events, such as rape, injury, abuse, death or loss of significant other?			
Total			

Questions for the Youth:

4. ¿Porque estas aqui?

	No	Yes C	Yes W
5. ¿Durante el ultimo mes, te has sentido con ganas de hacer te daño a ti mismo?			
6. ¿Has hecho algo a propósito para hacerte daño a ti mismo?			
7. ¿Piensas hacerte daño a ti mismo ahora?			
8. ¿En el pasado año, has estado en consejeria por problemas emocionales, psicológicos o de comportamiento?			
9. ¿En el pasado año, has estado tomando medicina(s) para problems emocionales, psicológicos, de comportamiento o de atención?			
10. ¿Has estado en una facilidad para tratamiento de problemas emocionales, psicológicos o de comportamiento?			
11. ¿En el pasado, alguien cerca de ti se ha suicidado?			
Totals			

Facility: _____ **Youth:** _____ **Date:** _____

Comment: (reference item #)

Observations:	**No**	**Yes C**	**Yes W**
12. Fresh wounds or injuries that appear to be self-inflicted?			
13. Extreme emotional responses (crying, hostility, sadness, fear, etc.)?			

Thought Disturbance:

14. ¿Has visto en algun momento cosas que otras personas no pueden ver?			
15. ¿Has oído en algun momento voces o ruidos que otras personas no pueden oir?			
16. ¿En algun momento has sentido que tienes poderes o habilidades especiales que otros no tienen?			
17. ¿En algun momento has sentido si otras personas han tomado de algún modo el control de tu mente o pensamientos?			
		Total	

Other noteworthy behavioral observations or concerns: *(describe)*

INTAKE SCREENING RESULTS:

☐ **Any WARNING** → **Place on Close Observation (Level 3) until completion of Mental Health Assessment, Implement Level 3 Safety Protocol, Notify MH staff on-call (if after hours)**

☐ **Any CAUTION** → **Place on Special Observation (Level 2) until completion of Mental Health Assessment, Implement Level 2 Safety Protocol**

☐ **No Caution or Warning** → **Place on Routine Observation (Level 1)**

Substance Abuse:	**NO**	**YES**
18. ¿Has usado alcohol o otras drogas dentro de los 30 días antes de tu encarcelación?		
19. ¿Te ha metido en problemas legales o has peleado mientras estabas bajo la influencia de drogas o alcohol?		
20. ¿Has tomado dosis excesivas de drogas o alcohol, accidentalmente o a propósito?		
21. ¿Has tenido en algun momento delirio tembloroso o otros síntomas de abstinencia cuando parastes de usar drogas o alcohol?		

☐ **Any "YES"** *On Questions 18 to 21* → **Refer for Substance Abuse Targeted Assessment, Place on observation level indicated above**

Signatures:

Certified Screener (name, title) _____ Date: _____ Time: _____
(Print) *(Signature)*

QMHP (name, title) _____ Date: _____ Time: _____
(Print) *(Signature)*