



Lista de Verificación de Salud Mental

Documente los cambios de conducta que usted ha observado durante, por lo menos, las dos últimas semanas.

Student: _____ Observer: _____

- Triste, deprimido o con estado de irritabilidad.
- Falta de interés en las actividades favoritas.
- Pérdida o aumento significativo de peso, cambio significativo en la apariencia personal.
- Inquietud, agitación o ansiedad.
- Fatiga o pérdida de energía incluyendo dormirse en clase.
- Sentimientos de culpabilidad y disculpas inapropiadas.
- Baja autoestima, comentarios de auto desprecio o menosprecio.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos repetidos relacionados con la muerte y apasionamiento o atracción con cosas macabras o tristes.
- Dolores estomacales y de cabeza frecuentes.
- Cortarse o lesionarse a sí mismo.
- Agresividad extrema.
- Inatención con la apariencia personal o vestimenta inadecuada para el clima.
- Conducta excesiva en la toma de riesgos.
- Baja en el desempeño escolar.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Falta de motivación o apatía.
- Irrespeto.
- Retraimiento social.
- Actos de rebeldía o mala conducta.
- Problemas para concentrarse, incapaz de guardar o recordar información.
- Desorganizado, olvido de materiales y asignaciones académicas.
- Ausentismo frecuente o visitas a la enfermera escolar.
- Llorar en clase.

Si usted tiene que hablar con alguien de inmediato, por favor mande el mensaje de texto "LISTEN" al 741-741 o llame al 1-800-273-8255. Si se trata de una emergencia, por favor llame al 911.