



Magellan Health Services

Behavioral Health Screens for Suicide Risk

Name _____

DOB _____

Female Male

Today's Date ____/____/____

Adult Behavioral Health Screen

Your well-being and safety is our priority. In order to assist you today, we would like to know how you feel right now. Please complete the following three questions and bring to your appointment today.

A. It is a fact that nearly everyone has, at some time, felt hopeless.

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes how you feel **TODAY**

- 0 I have a positive view of my future
- 1 I feel uncertain about the future
- 2 I feel I have nothing to look forward to
- 3 I feel that the future is hopeless and that things cannot improve

B. It is also a fact that many people have had thoughts of ending their lives.

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes how you feel **TODAY**

- 0 I do not have any thoughts of killing myself
- 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out
- 2 I would like to kill myself
- 3 I will kill myself if I have the chance

C. Sometimes using drugs and/or alcohol affect how people think and feel.

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes if your alcohol or drug use has increased or changed in the **LAST TWO WEEKS**

- 0 I have not used drugs or alcohol
- 1 I have not increased drugs or alcohol use
- 2 I have increased drug use or alcohol use more days than not
- 3 I have increased drugs or alcohol use every day

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: SMI GMH Non Titled ACT Connective Supportive

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999, Henry Ford Health System, 2009.
"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Femenino Masculino

Fecha de Hoy ____/____/____

Escaneo de Salud Mental para Adultos

Su bienestar y seguridad es nuestra prioridad. Para poder asistirle el día de hoy, nos gustaría saber cómo se siente usted en este momento. Por favor llene las siguientes tres preguntas y tráigalas a su cita del día de hoy.

A. Es un hecho que casi todos se han, en algún momento, sentido desanimados.

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa como se siente usted **EN ESTE MOMENTO**

- 0 Yo no estoy particularmente desanimado sobre el futuro
- 1 Yo me siento desanimado sobre el futuro
- 2 Yo siento que no tengo nada por anhelar
- 3 Yo siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

B. También es un hecho que muchas personas han tenido pensamientos de terminar con sus vidas.

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa como se siente usted **EN ESTE MOMENTO**

- 0 Yo no tengo pensamientos de matarme
- 1 Yo tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaré a cabo
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Yo me mataría si tuviera la oportunidad

C. A veces el usar drogas y/o alcohol impacta como las personas piensan y sienten.

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa su consumo de alcohol o drogas en **el mes pasado.**

- 0 Yo no he consumido drogas o alcohol
- 1 Yo consumí drogas o alcohol por algunos días
- 2 Yo he consumido drogas o alcohol frecuentemente
- 3 Yo he consumido drogas o alcohol casi todos los días

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: SMI GMH Non Titled ACT Connective Supportive

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999, Henry Ford Health System, 2009.
"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."

Name _____

DOB _____

Female Male

Today's Date ____/____/____

Adolescent Behavioral Health Screen (13-17)

Your well-being and safety is important to us. In order to help you today, we would like to know how you are feeling right now. Please complete the following three questions. Bring this to today's appointment.

A. It is a fact that nearly everyone has, at some time, felt hopeless:

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes how you feel **TODAY**

- 0 I do feel positive about the future
- 1 I feel uncertain about the future
- 2 I feel I have nothing to look forward to
- 3 I feel that the future is hopeless and that things cannot improve

B. It is also a fact that many people have had thoughts of ending their lives:

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes how you feel **RIGHT NOW**

- 0 I do not have any thoughts of killing myself
- 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
- 2 I would like to kill myself
- 3 I will kill myself if I have the chance

C. Many people know someone who has killed him or herself or who is talking about doing it:

Please circle the number below (0, 1, 2, or 3) that best describes your situation

- 0 I do not know anyone who has done that
- 1 I know of someone who did that but he/she was not close to me
- 2 I have a friend or family member who is talking about wanting to kill him or herself
- 3 My friend or family member recently killed him or herself

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: Case Management

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999, Henry Ford Health System, 2009.
"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Femenino Masculino

Fecha de Hoy ____/____/____

Escaneo de Salud Mental para Jóvenes

Su bienestar y seguridad es muy importante para nosotros. Para poder ayudarle el día de hoy, nos gustaría saber cómo se siente usted en este momento. Por favor llene las siguientes tres preguntas. Tráigalas a su cita de hoy.

A. Es un hecho que casi todos se han, en algún momento, sentido desanimados:

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa como se siente usted **EN ESTE MOMENTO**

- 0 Yo no me siento desanimado sobre el futuro
- 1 Yo me siento desanimado sobre el futuro
- 2 Yo siento que no tengo nada por anhelar
- 3 Yo siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

B. También es un hecho que muchas personas han tenido pensamientos de terminar con sus vidas:

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa como se siente usted **EN ESTE MOMENTO**

- 0 Yo no tengo pensamientos de matarme
- 1 Yo tengo pensamientos de matarme, pero no los llevare a cabo
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Yo me mataría si tuviera la oportunidad

C. Muchas personas conocen a alguien que se ha suicidado o que está hablando de hacerlo:

Por favor circule el número de abajo (0, 1, 2, o 3) que mejor describa su situación

- 0 Yo no conozco a nadie que haya hecho eso
- 1 Yo conozco a alguien quien hizo eso pero él/ella no era cercano(a) a mi
- 2 Tengo un amigo(a) o un miembro de mi familia quien está hablando de quererse matar
- 3 Mi amigo(a) o miembro de familia recientemente se suicido

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: Case Management

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999, Henry Ford Health System, 2009.
"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."

Name _____
DOB _____
<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Today's Date ____/____/____

Children's Behavioral Health Screen

Completed by a clinician for ages 10-12

Your well-being and safety is very important to us. In order to help you today in your appointment, we would like to know how you feel right now.

A. Most kids worry sometimes about growing up:

With the following choices (0, 1, 2, or 3) please let me know how you feel **RIGHT NOW**

- 0 I am excited about growing up
- 1 I worry about what it will be like to grow up
- 2 Hardly anything I do makes me feel happy
- 3 I can't picture myself grown up

B. Some kids have had thoughts about dying or killing themselves:

With the following choices (0, 1, 2, or 3) please let me know how you feel **RIGHT NOW**

- 0 I don't have any thoughts of killing myself
- 1 I wish I were dead, or have thoughts of killing myself, but I would not do it
- 2 I'd like to kill myself
- 3 I'd kill myself if I could

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: Case Management

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999.

"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Femenino Masculino

Fecha de Hoy ____/____/____

Prueba de Salud Mental para Niños

Llenado por un profesional práctico en salud para edades de 6 - 12

Su bien estar y seguridad es muy importante para nosotros. Para poder ayudarle a usted el día de hoy en su cita, nos gustaría saber cómo se siente usted en este momento.

A. La mayoría de niños a veces se preocupan sobre el crecimiento:

Con las siguientes opciones (0, 1, 2, o 3) por favor déjeme saber cómo se siente usted en este momento

- 0 Estoy entusiasmado sobre el crecimiento
- 1 Me preocupa cómo será crecer
- 2 Casi nada de lo que hago me hace sentir feliz
- 3 No puedo imaginarme crecer

B. Algunos niños han tenido pensamientos de muerte o de matarse:

Con las siguientes opciones (0, 1, 2, o 3) por favor déjeme saber cómo se siente usted en este momento

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 Deseo estar muerto, o tengo pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Me mataría si pudiera

For Office Use Only: Clinic _____ Screening Score _____

Current Level of Care: Case Management

*Adapted from *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Douglas Jacobs(Ed), Jossey-Bass, 1999.
"Copyright 2011 Magellan Health Services of Arizona, Inc."