

HISTORY PSICOSOCIAL DEL NIÑO/ADOLESCENTE

El propósito de este cuestionario es poder comprender las experiencias de la vida de su hijo(a). De esa manera, podremos empezar a desarrollar un tratamiento enfocado en sus necesidades específicas. Por favor entregue este cuestionario en su primera cita.

Nombre del niño(a)/adolescente: _____ Circule: M /F

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ DOB: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número celular: _____ Número del trabajo: _____

Email: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ DOB: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número celular: _____ Número del trabajo: _____

Email: _____

Nombre del Padrastro(a): _____ DOB: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número celular: _____ Número del trabajo: _____

Email: _____

Nombre del Padrastro(a): _____ DOB: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número celular: _____ Número del trabajo: _____

Email: _____

Lenguajes hablados en la casa: _____

Quién lo(a) referió? _____

PROBLEMAS: (Cuáles son sus mayores preocupaciones/problemas?)

—

—

Que tiempo llevan ocurriendo estos problemas? (Número de semanas, meses, años)?

Que le hizo buscar asistencia en estos momentos?

—

Los problemas son percibidos como: _____ muy serios _____ serios _____ ligeramente serios

Qué cambios le gustaría ver en su hijo(a)?

Qué cambios les gustaría ver en su familia?

INFORMACION ESCOLAR

Nombre de la escuela _____ Ciudad o Distrito

Grado _____

Notas actuales: __ Desaprobado __ Por debajo del Average __ Average __ Por encima del Average

Grado(s) Repetidos: _____

Educación Especial: __ Si __ No __ Problemas de Lenguaje __ Incapacidad Intelectual

__ Incapacidad de Aprendizaje __ Disturbado Emocionalmente __ Autismo __ Otros

Impedimentos

Problemas en la escuela:

Escuelas Atendidas:

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

ASESORAMIENTO E/O HISTORIA PSIQUIÁTRICA DE PACIENTE INTERNO/EXTERNO

Historia Psiquiátrica de Paciente Interno

Nombre de la Facilidad/Consejero/Terapista	Fecha Comienzo/Final	Ayudó? Si/No

--	--	--

Historia Psiquiátrica de Paciente Externo

Name of Facility or Psychiatric Hospital	Date Began/Ended	Helpful? Yes/No

HISTORIA MEDICA

Médico Principal: _____ Número de Teléfono _____

Fecha del último examen físico: _____

Por favor marque si alguna vez su hijo(a) ha tenido alguno de estos problemas de salud:

Alergias Desmayo Problemas de Vision Problemas Auditivos Problemas de la piel

Problemas de Comer Problemas Digestivos Problemas Dentales Anemia

Epilepsia/Convulsiones Cagarse/Orinarse Asma Enfermedades Infecciosas

Accident Prone Anemia/Fatigue Head Injury Heart Problems

Otro: _____

Ha sido su hijo(a) hospitalizado(a) o operado(a) alguna vez? Por favor liste:

—

—

—

Diagnósticos Mentales Pasado/Presente (si es aplicable)

ADHD/ADD Depresión Ansiedad Bipolar Abuso de Sustancias Otro

Le han recetado medicación a su hijo(a) actualmente? Si No

Por favor liste todas las medicinas que su hijo(a) está tomando actualmente y las condiciones para las cuales fueron recetadas.

Condición	Medicamento	Dosis	Veces al Día	Doctor que recetó

HISTORY DE DESARROLLO

Prenatal: Embarazo Normal ___ Si ___ No. Si no, por favor, explique:

Nacimiento Normal ___ Si ___ No. Si no, por favor, explique:

Por favor marque si su hijo(a) ha tenido problemas en las áreas siguiente:

___ Caminar/Desarrollo Motor en General

___ Entrenamiento para ir al baño

___ Lenguaje

___ Desarrollo Social Temprano

___ Otras Areas. Por favor, explique:

PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Por favor marque si su hijo(a) ha tenido problemas en las áreas siguiente:

___ Muy infeliz ___ Irritable ___ Grita ___ Retirado

___ Soñador ___ Temeroso ___ Torpe ___ Superactivo

___ Baja Autoestima ___ Atención Corta ___ Distráido ___ Falta de Iniciativa

___ Distractible ___ Falta de Motivación ___ Testarudo ___ Fóbico

___ Problemas con otros niños ___ Impulsivo ___ Destructivo ___ Malo con Otros

___ Arma Fuegos ___ Se Golpea la Cabeza ___ Miente ___ Se Balancea

___ Malas Notas ___ Problemas con Otras personas ___ Absentismo

___ Problemas Sexuales ___ Problemas de Comer ___ Ideas de Suicidio

___ Droga/Bebidas ___ Robos ___ Se Orina en la Cama

___ Se Caga en la ropa ___ Penoso ___ Problemas de Dormir

___ Automutilación ___ Pesadillas ___ Ansioso/Tenso ___ Se preocupa mucho

___ Llora Facilmente ___ Temeroso ___ Comportamiento Extraño

___ Peleas/Golpes/Patadas ___ Maltrata Animales ___ Tira Cosas

___ Otro

HISTORIA DE FAMILIA

___ Historia de Suicidio en la Familia

Explique: _____

___ Historia de Abuso or Negligencia en la Familia

Explique: _____

___ Historia de Problemas Mentales en la Familia

Explique: _____

___ Historia de Problemas Legales en la Familia

Explique: _____

___ Historia de Problemas Médicos en la Familia

Explique: _____

___ Historia de Abuso de Sustancias en la Familia

Explique: _____

ARREGLOS DE CONVIVENCIA

Quién vive en la casa con el niño(a)/adolescente?

—

Alguna vez el niño vivió separado de la familia? ____Si ____No Explique:

Nombre de Hermanos/as	Edad	Grado Escolar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

RELACIONES SOCIALES/FAMILIARES

Como se lleva el niño(a)/adolescente con otros niños/adolescentes?

Excelente Bien Average Mas-o-Menos Mal

Describe:

Como se lleva el niño(a)/adolescente con sus hermanos/as?

Excelente Bien Average Mas-o-Menos Mal

Describe:

Como se lleva el niño(a)/adolescente con las personas que lo(a) cuidan?

Excelente Bien Average Mas-o-Menos Mal

Describe:

AREAS FUERTES

Mencione (3) áreas fuertes de su niño/adolescente?

1-

2-

3-

Mencione (3) áreas fuertes de su familia?

1-

2-

3-

Liste alguna otra preocupación or información que su doctor(a) debería de saber?

Gracias por completar este cuestionario.
Por favor traiga este cuestionario a su primera cita.