

Apunte a otras personas importantes en la vida del(de la) niño(a) (por ejemplo, hermanos, abuelos, etc.) y que no viven en la casa:

Nombre	Edad	Relación

Describa las razones, preguntas o preocupaciones principales por las cuales ahora se le evalúa a su hijo(a):

Por favor marque todo lo que le preocupe concerniente a su hijo(a):

<input type="checkbox"/> Ansiedad, nerviosismo, preocupación, temores	<input type="checkbox"/> Hiperactividad/control de los impulsos	<input type="checkbox"/> Preocupaciones sociales/de amistades
<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Falta de atención, desorganización	<input type="checkbox"/> Acoso escolar (Bullying)
<input type="checkbox"/> Conducta obsesiva compulsiva	<input type="checkbox"/> Olvidadizo, problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Problemas con alcohol/drogas
<input type="checkbox"/> Depresión, cambios del estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Dificultades académicas	<input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su conducta sexual
<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Dificultades con el aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir
<input type="checkbox"/> Conducta oposicional/desafiante	<input type="checkbox"/> Asistencia a la escuela/Se niega a asistir a la escuela	<input type="checkbox"/> Preocupaciones con su alimentación/peso
<input type="checkbox"/> Rompe las reglas o leyes, problemas legales	<input type="checkbox"/> Preocupaciones sensoriales (reactividad excesiva/inferior al dolor, las luces, el tacto, el ruido, las texturas, etc.)	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, dolores de estómago, dolencias/molestias
<input type="checkbox"/> Alucinaciones (oye voces, ve cosas)	<input type="checkbox"/> Otras problemas de conducta/emocionales:	

¿Desde cuándo existen estas preocupaciones? ¿Qué se ha hecho hasta ahora para tratar estas preocupaciones?

¿Tiene usted alguna preocupación o problema que no sea apropiado tratar en presencia de su hijo(a), incluyendo los que ya ha indicado en este cuestionario? Si los hay, por favor indíquelos:

Por favor, marque cualquier cambio o factor estresante familiar que haya experimentado su hijo(a):

<input type="checkbox"/> Mudanzas	<input type="checkbox"/> Conflictos entre los padres	<input type="checkbox"/> Violencia
<input type="checkbox"/> Separación o divorcio	<input type="checkbox"/> Abuso emocional	<input type="checkbox"/> Familiares con problemas médicos
<input type="checkbox"/> Nuevo casamiento de uno de los padres	<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Muerte
<input type="checkbox"/> Abandono del hogar por un miembro familiar	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/> Problemas legales
<input type="checkbox"/> Nuevo miembro familiar vive en la casa	<input type="checkbox"/> Negligencia	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento
<input type="checkbox"/> Cambios de trabajo	<input type="checkbox"/> Otros cambios o factores estresantes familiares:	

¿Cuáles son **las necesidades específicas de tratamiento** de su hijo(a) en este momento? ¿Qué ayuda espera que su hijo(a) reciba?

Por favor, indique **los puntos fuertes y los recursos** personales de su hijo(a) que le ayudan a sobrellevar el estrés (por ejemplo, apoyo familiar, situación estable en el hogar, fe, respuesta anterior al tratamiento, etc.):

Por favor, indique cualquier dificultad para poder asistir de forma regular a citas de tratamiento programadas (por ejemplo, horario escolar, horario laboral, cuidado de niños, transporte, etc.):

HISTORIAL DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ANTERIOR:

¿Ha visto su hijo(a) a un consejero o profesional médico para tratar un problema emocional?

Sí No Si contestó "sí", por favor complete lo siguiente:

Fechas del tratamiento	Pronóstico/razón del tratamiento	Nombre del proveedor y/o de la institución (clínica, hospital, etc.)

¿Ha estado hospitalizado(a) su hijo(a) por razones psiquiátricas? Sí No

¿Ha querido cometer suicidio alguna vez? Sí No

Si contestó "sí", ¿intentó suicidarse alguna vez? Sí No

¿Se ha hecho daño a sí mismo/a alguna vez? Sí No

Por favor, indique los medicamentos psiquiátricos actuales y previos que ha tomado su hijo(a):

Fechas del tratamiento	Medicamento	Actual / Previo (Por favor, colóquelo en un círculo)	Nombre del proveedor que se lo recetó
		Actual / Previo	
		Actual / Previo	
		Actual / Previo	
		Actual / Previo	

HISTORIAL MÉDICO / DEL DESARROLLO:

Pediatra / Profesional médico familiar del niño(a): _____

Nombre de la clínica y dirección: _____ Teléfono de la clínica: _____

Por favor, marque todas las preocupaciones/sucesos relevantes en el embarazo, el parto y el nacimiento de este(a) hijo(a):

<input type="checkbox"/> Cuidados prenatales limitados/ No recibió cuidados prenatales	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/drogas durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Bebé prematuro
<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Abuso físico durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Bebé postérmino
<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Peso bajo al nacer	<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos del recién nacido
<input type="checkbox"/> Enfermedad materna (por favor, especifíquela):		
<input type="checkbox"/> Complicaciones del parto: <input type="checkbox"/> Parto difícil <input type="checkbox"/> Parto provocado <input type="checkbox"/> Parto de nalgas <input type="checkbox"/> Cesárea de emergencia <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Otro:		

Por favor, marque cualquier área preocupante durante la infancia de este/a niño(a):

<input type="checkbox"/> Lactancia/alimentación	<input type="checkbox"/> Sueño	<input type="checkbox"/> Vinculación afectiva
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Cólicos/bebé molesto	<input type="checkbox"/> Depresión de postparto o ansiedad

¿Aproximadamente qué edad tenía su hijo(a) cuando pudo hacer lo siguiente?:

Hito de desarrollo	Edad en meses o años	Por favor, colóquelo en un círculo
Sentarse sin ayuda		Temprano Promedio Tardío
Caminar sin ayuda		Temprano Promedio Tardío
Decir 5 palabras		Temprano Promedio Tardío
Decir frases		Temprano Promedio Tardío
No orinarse encima durante el día		Temprano Promedio Tardío
No orinarse encima durante la noche		Temprano Promedio Tardío

Por favor, marque cualquier preocupación médica que pueda tener con respecto a su hijo(a):

<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza/conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de los intestinos o la vejiga	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migrañas	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista o la audición	<input type="checkbox"/> Dolores de estómago	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Infecciones del oído crónicas	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Asma o problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Otro:

Por favor, indique cualquier medicamento recetado, a la venta sin receta, vitaminas, suplemento de hierbas, y/o remedio que su hijo(a) pueda estar tomando **actualmente**. **Por favor, no vuelva a indicar los medicamentos psiquiátricos que toma actualmente.**

Fecha del comienzo	Nombre del medicamento

HISTORIAL MÉDICO/PSIQUIÁTRICO DE LA FAMILIA:

Por favor, marque cualquier condición médica o psiquiátrica de otros familiares consanguíneos. Por favor, coloque en un círculo la **P** para indicar el lado paterno y la **M** para indicar el lado materno:

CONDICIÓN	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELO	ABUELA	TÍO	TÍA	PRIMO/A	OTRO (Por favor, indíquelo)
Alcoholismo/abuso de drogas					P M	P M	P M	P M	P M	
Ansiedad					P M	P M	P M	P M	P M	
Depresión					P M	P M	P M	P M	P M	
Intentos de suicidio					P M	P M	P M	P M	P M	
Bipolaridad					P M	P M	P M	P M	P M	
Esquizofrenia					P M	P M	P M	P M	P M	
Autismo					P M	P M	P M	P M	P M	
Dificultades o retrasos cognitivos					P M	P M	P M	P M	P M	
Abuso físico/emocional					P M	P M	P M	P M	P M	
Abuso sexual					P M	P M	P M	P M	P M	
Trastornos alimenticios					P M	P M	P M	P M	P M	
Problemas con el aprendizaje					P M	P M	P M	P M	P M	
Problemas con la atención					P M	P M	P M	P M	P M	
Trastorno de convulsiones					P M	P M	P M	P M	P M	
Enfermedad de la tiroides					P M	P M	P M	P M	P M	
Otro:					P M	P M	P M	P M	P M	

CONSUMO DE DROGAS POR SU HIJO(A) Y LA FAMILIA:

¿Con cuánta frecuencia consume su hijo(a) las siguientes sustancias?

	Nunca	A diario	Varias veces a la semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año
Nicotina					
Alcohol					
Marihuana					
Cafeína, bebidas energéticas					
Otras drogas					
Por favor, indique otras drogas:					

Por favor, indique con cuánta frecuencia los padres/padrastrros/cuidadores consumen las siguientes sustancias:

	Nunca	A diario	Varias veces a la semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año
Nicotina					
Alcohol					
Marihuana					
Otras drogas					
Por favor, indique otras drogas:					

Por favor, indique a los padres/padrastrros/cuidadores/parejas anteriores que hayan tenido alguna vez problemas con el alcohol, las drogas o los medicamentos recetados:

Relación con su hijo(a)	Tipo de problema (si se sabe)

HISTORIAL ACADÉMICO/ESCOLAR:

Por favor, indique cuál ha sido el rendimiento académico de su hijo(a) en la escuela y cómo se ha llevado su hijo(a) con los maestros, los vecinos, y otros niños en la escuela o el vecindario. Por favor, resuma la información de las conferencias entre los maestros y los padres, sus propias observaciones, los comentarios de otras personas, etc. Por favor, no dude en usar la última página o la otra cara de esta página si es necesario.

GRADO ESCOLAR	PREOCUPACIONES ACADÉMICAS	PREOCUPACIONES SOCIALES/ CON LOS COMPAÑEROS	SERVICIOS ADICIONALES (Terapia Ocupacional/Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje, Educación Especial, IEP)
Infancia – Preescolar (0–3)			
Guardería (Kindergarten) – 5°			
Grados 6°– 8°			
Grados 9°– 12°			