(Por favor complete en Tinta)

NIÑO

Niños

1.Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo \_\_\_\_\_\_edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_ número de teléfono­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Su hijo biológico Sí/No

Si se adopta, a qué edad \_\_\_\_\_\_ Foster desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Nombres de los padres (incluyendo padrastros, padres adoptivos).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Comentarios sobre la custodia y las visitas (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿La razón principal por la que está preocupado por su hijo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS/PROBLEMAS

revise cualquier síntoma que sea una preocupación.

Escribe cuánto tiempo ha sido un problema?Sleep problems

* Pensamientos mórbidos
* Falta de interés en actividades Pensamientos suicidas o amenazas
* Poco asertivo
* Planes / intentos suicidas
* Fatiga/baja energía
* Cambios de humor
* Problemas de concentración
* Depresión
* Cambios de apetito/peso Changed level of activity
* Retiro
* Llora fácilmente
* Problemas olvidadizos/de memoria
* Habla en exceso / interrumpe
* Capacidad de atención corta
* Distraerse fácilmente
* Comportamiento agresivo
* Irritable
* No puedo quedarme quieto
* Impulsivo
* No interesado en pares
* Dificultad para seguir las reglas
* Acosado / intimidado por sus compañeros
* Problema para completar las tareas escolares
* Miedo
* Pesadillas
* Ansiedad o ataques de pánico
* Rabietas frecuentes
* Miedos sociales,
* Timidez
* Resistivo al cambioImpulsive
* Problemas de separación
* Rechazo escolar
* Enuresis / ensuciamiento
* Perfeccionismo
* Dolores de cabeza
* Dolores de estómago
* Movimientos extraños de la mano / motor
* Creencias extrañas / fantasear
* Alucinaciones
* Mentir
* Robar
* Problemas con la ley
* Ser destructivo
* Huir
* Configuración de incendios

o Absentismo escolar, faltar a la escuela

o Lastimar a otros / pelear

Lastimar a otros sexualmente

o Actúa como si no tuviera miedo

o Consumo de alcohol / drogas

o Mal genio

o Argumentativo / desafiante

o Molestar fácilmente / molestar a los demás

o Juramentos

o Problema de disciplina

o Culpa a otros por los errores

o Enojado y resentido

Hermanos y hermanas

Nombre Apellido. Sexo. Relación de edad con el niño (completo, paso, mitad, crianza)



HISTORIA DE LA ESCUELA

1. Escuela Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_

Maestro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez el niño ha repetido algún grado?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿El niño está en los servicios de educación especial? No \_\_\_\_ Sí,\_\_ ¿de qué tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Describa los problemas académicos o de otro tipo que su hijo ha tenido en la escuela. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO DEL NIÑO

1. Historia clínica Y:
   1. Embarazo Madre utilizada durante el embarazo: alcohol \_\_\_\_\_ drogas \_\_\_\_\_ cigarrillos \_\_\_\_\_Delivery: Normal \_\_\_\_\_ Nalgas \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Transaccional \_\_\_\_\_Full plazo \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_

si es prematuro, número de semanas \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Problems al nacer: (por ejemplo: bebé que recibe oxígeno, transfusión de sangre, colocado en una incubadora,Etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

historia del desarrollo

Indique la edad aproximada en que el niño hizo lo siguiente:

• Caminé solo \_\_\_\_\_

• Dijo la primera palabra \_\_\_\_\_

• Usó frases de 2 palabras \_\_\_\_\_

• Entendí y siguió instrucciones simples \_\_\_\_\_

• Razonablemente bien entrenado para ir al baño \_\_\_\_\_

• ¿El niño lloró excesivamente? \_\_\_\_\_ Rara vez lloraba \_\_\_\_\_

2. Historial de salud del niño, En los primeros dos años, su hijo experimentó:

A. \_\_\_Separation de la madre

b. \_\_\_Out de la atención domiciliaria

c. \_\_\_Disruption en la vinculación

d. \_\_\_Depression de la madre

e. \_\_\_Abuse

f. \_\_\_Neglect

g. \_\_\_Chronic dolor de la madre

h.\_\_\_Enfermedad \_\_\_Chronic

i. \_\_\_Estrés \_\_\_Parental

* Médico del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Problemas de visión? Sí \_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_
* ¿Problemas de audición? Sí \_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_
* ¿Problemas dentales? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
* ¿Alguna lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento?
  + Sí \_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_
* ¿Antecedentes del niño de enfermedad grave, lesión, discapacidad u hospitalización? Sin \_\_\_\_\_Yes: describa y dé fechas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente?

No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ nombrar medicamentos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Haga una lista de los medicamentos utilizados anteriormente para problemas emocionales: ¿fueron útiles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿Alergias a medicamentos o medicinas? No \_\_\_\_ Yes\_\_\_\_

(lista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿Alergias a algún alimento? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_(lista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿Hay algún alimento que usted limite o no le dé a este niño?

No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_(lista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Alergias a las condiciones ambientales? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_(lista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Alguien en el hogar fuma? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_
* ¿Cuántas horas ve este niño televisión, videos, etc. por día? \_\_\_\_\_\_\_
* ¿Tiene miedo de que alguien que conoce pueda lesionar/dañar a este niño? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_
* ¿Tiene este niño una Directiva de Atención Médica?

No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_

* En caso afirmativo, indique dónde (clínica) está en el archivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Algún tratamiento psicológico o psiquiátrico previo?
* No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_Whom/donde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Alguna prueba previa (escolar/psicológica)?
  + No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ quien /donde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿Cree que el uso de productos químicos por parte de su hijo es un problema? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tipo: Alcohol \_\_\_\_\_ Marihuana \_\_\_\_\_ Otras drogas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Antecedentes familiares: Uso de productos químicos (ahora y pasado): No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Qué padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type: Alcohol \_\_\_\_\_ Marihuana \_\_\_\_\_ Otros drugs\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Enumere cualquier historial de enfermedad mental o adicción en la familia inmediata o extendida (por ejemplo: depresión, ansiedad, trastorno bipolar, suicidio)

1. intentos, alcoholismo, drogas, TDAH, esquizofrenia, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿El niño ha sido testigo de violencia doméstica? \_\_Y, \_\_N, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Cómo se disciplina a su hijo? Por favor, enumere cada método y frecuencia de uso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FACTORES ESTRESANTES DE LA VIDA/ANTECEDENTES DE TRAUMA

1. ¿Su hijo ha sido abusado verbalmente?\_\_Si, \_\_No, \_\_Suspected. Specify: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Has your child been physically abused? \_\_Si, \_\_No, \_\_ ¿Sospecha? Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo ha sido abusado sexualmente?\_\_Y, \_\_N, \_\_¿Sospecha?. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Otros factores estresantes o traumas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_