

# FORMA DE INFORMACION PARA NIÑO/ADOLESCENTE WESTERN PSYCHOLOGICAL AND COUNSELING SERVICES, P.C.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES

Describe el problema por el cual esta aquí hoy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de marcar todos los comportamientos y síntomas que considera problemáticos de su hijo/hija:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distraído               | <input type="checkbox"/> Falta/cambio de apetito   | <input type="checkbox"/> Alucinación visual    | <input type="checkbox"/> Manipular                |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo             | <input type="checkbox"/> Deseos de estar solo      | <input type="checkbox"/> Caprichoso/retador    | <input type="checkbox"/> No/pocos amigos          |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo               | <input type="checkbox"/> Ansiedad/preocupación     | <input type="checkbox"/> Peleas/agresión       | <input type="checkbox"/> Problemas para comer     |
| <input type="checkbox"/> Aburrido                | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico         | <input type="checkbox"/> Pensar en homicidio   | <input type="checkbox"/> Insomnio                 |
| <input type="checkbox"/> Falta memoria/confusión | <input type="checkbox"/> Miedo estar fuera de casa | <input type="checkbox"/> Discutir a menudo     | <input type="checkbox"/> Pesadillas               |
| <input type="checkbox"/> Tristeza/depresión      | <input type="checkbox"/> Antisocial                | <input type="checkbox"/> Ira/irritabilidad     | <input type="checkbox"/> Problema hacer del baño  |
| <input type="checkbox"/> Falta de esperanza      | <input type="checkbox"/> Fobias                    | <input type="checkbox"/> Conflictos familiares | <input type="checkbox"/> Prender fuego            |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte  | <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos    | <input type="checkbox"/> Robar                 | <input type="checkbox"/> Problema trabajo/escuela |
| <input type="checkbox"/> Hacerse daño            | <input type="checkbox"/> Compulsivo                | <input type="checkbox"/> Destruir cosas        | <input type="checkbox"/> Problemas legales        |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto     | <input type="checkbox"/> Pensamientos múltiples    | <input type="checkbox"/> Escapar               | <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual    |
| <input type="checkbox"/> Soledad                 | <input type="checkbox"/> Cambios de humor          | <input type="checkbox"/> Jurar                 | <input type="checkbox"/> Adicción al internet     |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima         | <input type="checkbox"/> Sospechoso/paranoico      | <input type="checkbox"/> Llegar tarde a casa   | <input type="checkbox"/> Alcohol/drogas           |
| <input type="checkbox"/> Cansancio               | <input type="checkbox"/> Escucha voces             | <input type="checkbox"/> Mentir                | <input type="checkbox"/> Otros: _____             |
| <input type="checkbox"/> Falta de motivación     |  |  |   |

¿Los problemas de tu hijo/hija afectan algo de lo siguiente?

- |  |  |  |   |                                   |
|--|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cumplir los deberes del día | <input type="checkbox"/> Autoestima      | <input type="checkbox"/> Relaciones personales | <input type="checkbox"/> Higiene            | <input type="checkbox"/> Salud    |
| <input type="checkbox"/> Actividades recreacionales  | <input type="checkbox"/> Escuela/trabajo | <input type="checkbox"/> Asuntos del hogar     | <input type="checkbox"/> Cuestiones legales | <input type="checkbox"/> Finanzas |

Si  No ¿Ha tenido su hijo pensamientos, hecho declaraciones o ha atentado con lastimarse a si mismo? Si su respuesta es si, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si  No ¿Ha tenido su hijo pensamientos, hecho declaraciones o ha atentado con lastimar a otra persona? Si su respuesta es si, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si  No ¿Ha sido su hijo lastimado psicológicamente o amenazado por alguien en los últimos días? Si su respuesta es si, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

Nombre: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR Y DESARROLLO MENTAL**

Parentesco	Nombre	¿Vive con el niño/a?	Edad	Tipo de relación con el niño/a	Problemas de salud mental en familia	Nombre del familiar
Madre					Hiperactividad	
Padre					Abuso sexual	
Madrastra					Depresión	
Padrastro					Depresión "manic"	
Hermanos/as					Suicidio	
					Ansiedad	
					Ataques de pánico	
					Obsesivo-Compulsivo	
Otros parientes					Ira/abusivos	
					Esquizofrenia	
					Problemas alimenticios	
					Abuso del alcohol	
					Abuso de drogas	

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padres legalmente casados o viviendo juntos    | <input type="checkbox"/> Madre vuelta a casar:                     Cuantas veces ___ |
| <input type="checkbox"/> Padres temporalmente separados                 | <input type="checkbox"/> Padre vuelto a casar:                     Cuantas veces ___ |
| <input type="checkbox"/> Padres divorciados o permanentemente separados |  |

¿Ha experimentado tu hijo/hija alguno de los siguientes tipos de trauma o pérdida?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional                   | <input type="checkbox"/> Descuido                 | <input type="checkbox"/> Vivió en orfanato o pensión      |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual                      | <input type="checkbox"/> Violencia en casa        | <input type="checkbox"/> Múltiples mudanzas en la familia |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico                      | <input type="checkbox"/> Víctima de algún crimen  | <input type="checkbox"/> Falta de casa                    |
| <input type="checkbox"/> Abuso de adicciones en los padres | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los padres | <input type="checkbox"/> Pérdida de un ser querido        |
| <input type="checkbox"/> Embarazo en la adolescencia       | <input type="checkbox"/> Adopción                 | <input type="checkbox"/> Problemas económicos             |

Si  No      ¿Existieron problemas médicos durante el embarazo o nacimiento de su hijo/hija? Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No      ¿Usó la madre biológica tabaco, medicinas, drogas o alcohol mientras estuvo embarazada? Si su respuesta es sí, por favor describa que tipo de sustancias, cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Si  No      ¿Existieron algunos retrasos en el desarrollo temprano de su hijo/hija tales como; gatear, caminar, hablar, hacer del baño etc..? Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

<b>Notas del Terapeuta:</b>
Inicial: _____

Nombre: \_\_\_\_\_

### **PREVIO TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Si	No	Tipo de tratamiento	¿Cuándo?	Proveedor/programa	Razón por tomar este tratamiento
		Terapia psicológica			
		Medicación para la Salud Mental			
		Hospitalización psiquiátrica			
		Tratamiento para alcohol/drogas			
		Grupos de Apoyo			

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

### **INFORMACION EDUCACIONAL**

Año que cursa/grado: \_\_\_\_\_

- |                                 |                                    |                                |                                  |                               |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Calificaciones de este año:     | <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Malo |
| Calificaciones de años pasados: | <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Malo |
| Comportamiento en este año:     | <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Malo |
| Comportamiento de años pasados: | <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Malo |

¿Ha tenido su hijo/hija alguna/s de las siguientes dificultades en la escuela?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suspensión              | <input type="checkbox"/> Tareas incompletas | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Llamadas de atención |
| <input type="checkbox"/> Malas calificaciones    | <input type="checkbox"/> Problemas con sus  | <input type="checkbox"/> Problemas para hablar    | <input type="checkbox"/> Ausencia a clases    |
| <input type="checkbox"/> Influencia de pandillas | compañeros                                  |   |   |

Si  No ¿Tiene su hijo/hija alguna otra persona a su cargo después de la escuela? Si su respuesta es si, ¿Quién?

Si  No ¿Ha reprobado su hijo/hija, repetido o ha sido adelantado de grado? Si su respuesta es si, ¿Cuales grados? \_\_\_\_\_

Si  No ¿Ha recibido su hijo/hija servicios de educación especial? Si su respuesta es si, por favor describa los servicios recibidos y la razón por haberlos tomado:

¿Que es lo que la maestra/o de su hijo/hija le comenta relacionado con el/ella?

Nombre: \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

Nombre: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DEL USO DE SUSTANCIAS (para edades de 12 en adelante o si es aplicable)**

Tipo de sustancia	Uso (últimos 6 meses)				Uso en el pasado (más allá de 6 meses)			
	S	N	Frecuencia	Cantidad	S	N	Frecuencia	Cantidad
Tabaco								
Cafeína								
Alcohol								
Marijuana								
Cocaína/crack								
Éxtasis								
Heroína								
Inhalantes								
Metanfetaminas								
Pastillas para el dolor								
PCP/LSD								
Esteroides								
Tranquilizantes								

Si  No ¿Ha tenido su hijo/a algunos síntomas al tratar de dejar dicha dependencia/sustancia? Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Ha tenido su hijo/a problemas con el trabajo, amistades, relaciones, salud, la ley, etc. por consecuencia del uso de estas sustancias? Si su respuesta es si, por favor explique:  
\_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

**INFORMACION MÉDICA**

Fecha del último examen físico : \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo/hija alguna de las siguientes enfermedades durante toda su vida?

- |  |                                     |  |   |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias          | <input type="checkbox"/> Asma       | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores estomacales                |
| <input type="checkbox"/> Dolores crónicos  | <input type="checkbox"/> Cirugías   | <input type="checkbox"/> Graves accidentes | <input type="checkbox"/> Heridas a la cabeza                |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos   | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Problemas de visión                |
| <input type="checkbox"/> Altas fiebres     | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Sordera           | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído               |
| <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Abortos    | <input type="checkbox"/> Insomnio          | <input type="checkbox"/> Infecciones por transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____      |                                     |  |   |

Por favor nombra cualquier otro problema de salud RECIENTE:  
\_\_\_\_\_

Medicamentos recientes:  Ninguno

Medicamento	Dosis	Fecha primera de la receta medica	Quien recetó

Medicamentos en mostrador (incluyendo vitaminas, remedios hierbales, etc.): \_\_\_\_\_

Alergias y/o reacciones a medicamentos:  Ninguna  
Si su respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

**INFORMACION PERSONAL, SOCIAL Y CULTURAL**

Por favor describe el apoyo social de su hijo/a (marcar los que aplican):

- Familia    Vecinos    Amigos    Estudiantes    Compañeros del Trabajo  
 Grupos de apoyo  
 Grupos de la comunidad    Centro religioso (¿Cuál? \_\_\_\_\_)

¿A cuál grupo étnico/cultural pertenece su hijo/a? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a ha experimentado dificultades relacionadas con problemas étnicos/culturales, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué tan importantes son los asuntos espirituales para su hijo/a?  Nada    Poco    Algo    Mucho  
 Si    No   ¿Le gustaría incluir creencias espirituales/religiosas en la terapia de su hijo/a?

Por favor describa las habilidades, talentos y destrezas de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Describe cualquier otra área en especial de interés de su hijo/a (arte, leer, deporte, etc.): \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

**INFORMACION LEGAL**

Si los padres están separados o divorciados, ¿Cuál es el acuerdo para la custodia y visitas del hijo/a?

\_\_\_\_\_

- Si    No   ¿Está su hijo/a envuelto en un caso de custodia recientemente?  
 Si    No   ¿Ha tenido SCF/DCFS (departamento de servicios sociales) custodia de su hijo/a?  
 Si    No   ¿Tiene su hijo/a cualquier problema legal u ofensa pendiente con la corte?

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____