

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Niños / Adolescentes (6-17 años) Formulario Psicológico Inicial

### Fuente de información

- Entrevista con niño/ Observación    Padre / Tutor    Padre / Tutor autoreporta formulario  
 Reportes anteriores de Salud Mental    Test estandarizado / Instrumentos (specificar) \_\_\_\_\_  
 Otro / Listar \_\_\_\_\_

### Presentación del problema

Cual es el presente problema descrito por el padre / Tutor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Servicios requeridos por :  Padre / Tutor    DHS    Juzgado    Doctor de cabecera    Otro \_\_\_\_\_  
Expectativas de los padres / tutores para la mejora : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Historial del presente problema:

¿Cuándo se dieron de cuenta del problema? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia ocurre? \_\_\_\_\_

¿Qué severo es el problema? \_\_\_\_\_

Contexto del problema: \_\_\_\_\_

¿Ha atendido el niño servicios consejeros antes?

Si    No   En caso afirmativo, por favor describa quién, dónde y los resultados:

¿Está este cliente involucrado con otras agencias tales como Child Welfare, DHS, Juzgados o School providers?    Si    No

En caso afirmativo, por favor describa quién, dónde y los resultados:

Puntos fuertes del niño

- Social    Curioso / Interesado    Parece listo    Es cariñoso  
 Tiene al menos una relación social positiva con un adulto    Sigue las normas  
 Comparte ilusión / intereses con sus semejantes o adultos  
 Otro \_\_\_\_\_

Puntos fuertes de la familia / Tutor (es)

- Expectativas realistas para el niño    Motivación para ayudar al niño    Capaz de escuchar al niño  
 Familia cariñosa    Soporte con la unidad familiar    Comunicación efectiva  
 Recursos económicos adecuados    Capaz de abogar por el niño    Envuelto en la comunidad

Nombre de la persona que responde : \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Lista de caracteres del niño:** Por favor lea la siguiente lista y califique a su hijo en cada carácter. Indique con que frecuencia demuestra ese carácter redondeando el número que mejor describa la frecuencia del mismo.

Por favor use la siguiente escala:	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Frecuentemente	5 Muy frecuentem.
<p><b>Grupo A</b></p> <p>1 2 3 4 5 Tiene problemas al dormir</p> <p>1 2 3 4 5 Tiene poco apetito</p> <p>1 2 3 4 5 Parece triste o apenado</p> <p>1 2 3 4 5 Habla sobre sentirse estúpido o sin valorarse</p> <p>1 2 3 4 5 Pierde interés en pasarlo bien</p> <p>1 2 3 4 5 Parece irritable</p> <p>1 2 3 4 5 Con cambios de humor</p> <p>1 2 3 4 5 Juega sólo</p> <p>1 2 3 4 5 Lloro fácilmente</p> <p>1 2 3 4 5 Parece cansado</p> <p><b>Grupo B</b></p> <p>1 2 3 4 5 Se queja de problemas físicos como dolores de cabeza / de estómago</p> <p>1 2 3 4 5 Se preocupa</p> <p>1 2 3 4 5 No confía en sus habilidades</p> <p>1 2 3 4 5 Necesita mucha convicción</p> <p>1 2 3 4 5 Necesita ser perfecto</p> <p>1 2 3 4 5 Parece no tener miedo y ansiedad</p> <p>1 2 3 4 5 Parece tímido y reservado</p> <p>1 2 3 4 5 Se avergüenza fácilmente</p> <p>1 2 3 4 5 Sensitivo a la crítica</p> <p>1 2 3 4 5 Muerde las uñas</p> <p><b>Grupo C</b></p> <p>1 2 3 4 5 Siempre con prisa</p> <p>1 2 3 4 5 No puede estar sentado</p> <p>1 2 3 4 5 No escucha</p> <p>1 2 3 4 5 A menudo no termina las cosas a tiempo</p> <p>1 2 3 4 5 Pone poca concentración y atención en las tareas de la escuela</p> <p>1 2 3 4 5 A menudo se sienta con las piernas / brazos cruzados</p> <p>1 2 3 4 5 Fácilmente se distrae</p> <p>1 2 3 4 5 Le cuesta mucho jugar tranquilo</p> <p>1 2 3 4 5 Habla excesivamente</p>	<p><b>Grupo C (cont'd)</b></p> <p>1 2 3 4 5 A menudo interrumpe en los juegos de otros</p> <p>1 2 3 4 5 Parece desorganizado, pierde cosas que necesita para la escuela</p> <p>1 2 3 4 5 Toma riesgos sin considerar el peligro que envuelve ( p.ejem. correr hacia una calle sin mirar)</p> <p>1 2 3 4 5 Salta a contestar preguntas antes de que finalice la frase.</p> <p><b>Grupo D</b></p> <p>1 2 3 4 5 Rehusa seguir las normas o hacer tareas</p> <p>1 2 3 4 5 Pierde el temperamento</p> <p>1 2 3 4 5 Discute con padres y profesores</p> <p>1 2 3 4 5 Culpa a otros de sus errores</p> <p>1 2 3 4 5 Dice palabrotas</p> <p>1 2 3 4 5 Hace cosas intencionadamente para molestar a otros</p> <p>1 2 3 4 5 Esta enfadado o resentido</p> <p>1 2 3 4 5 Guarda rencor</p> <p>1 2 3 4 5 Fácilmente se enoja</p> <p><b>Grupo E</b></p> <p>1 2 3 4 5 Roba</p> <p>1 2 3 4 5 Se escapa por las noches</p> <p>1 2 3 4 5 Miente</p> <p>1 2 3 4 5 Falta a la escuela</p> <p>1 2 3 4 5 Es cruel con los animales</p> <p>1 2 3 4 5 Destruye propiedad</p> <p>1 2 3 4 5 Se pelea</p> <p>1 2 3 4 5 Ha sido físicamente cruel con otros</p> <p>1 2 3 4 5 No se apena por herir a la gente</p> <p>1 2 3 4 5 Prende fuegos</p> <p>1 2 3 4 5 Ha robado en casas / carros</p>				

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial de uso de sustancias (si se aplica)**

¿Su niño, usa tabaco ?	Actualmente <input type="checkbox"/>	Sospecho <input type="checkbox"/>	Pasado <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Su niño, usa alcohol ?	Actualmente <input type="checkbox"/>	Sospecho <input type="checkbox"/>	Pasado <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usa cafeina (incluyendo bebidas de cola?)	Actualmente <input type="checkbox"/>	Sospecho <input type="checkbox"/>	Pasado <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usa drogas ?	Actualmente <input type="checkbox"/>	Sospecho <input type="checkbox"/>	Pasado <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Historial Médico**

¿Su niño ha sido visto por un doctor en el pasado año ?  
 Si     No  
 En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón de la visita ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre el médico del niño: \_\_\_\_\_

¿Está su niño tomando medicación prescrita u otro tipo de medicación?  Si     No

En caso afirmativo, por favor nombre:  
 Medicación                  Dosis                  Razón  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier problema médico que su niño haya tenido (enfermedad crónica, seria enfermedad, operaciones, heridas o trauma cerebral?)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño alguna alergia ?  
 Si     No                  En caso afirmativo, ¿cuál?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

- ¿Ha estado este niño alguna vez sin techo?  Si  No
- ¿Hay algún historial familiar de enfermedad mental?  Si  No
- ¿Ha estado algún familiar afectado con abuso de sustancias?  Si  No
- ¿Ha estado este niño fuera del cuidado de los padres por un periodo largo?  Si  No
- ¿Ha habido algún conflicto familiar o estrés familiar?  Si  No
- ¿Ha usado la familia recursos comunitarios?  Si  No

¿Ha experimentado trauma el niño alguna vez? ( p.ejem. Múltiple o repetidos eventos que afectaron el sentimiento

De seguridad: abuso físico/ sexual, testigo de violencia doméstica, severa negligencia física; sola pero suficiente  Si  No

Evento traumático: fuego, muerte de cuidador/ persona significativa, ataque de perro, accidente de coche, Disparo)  Si  No

Por favor, enumere todos aquellos que vivan en la misma residencia que el niño.

- |    | <u>Nombre</u> | <u>Edad</u> | <u>Parentesco</u> |
|----|---------------|-------------|-------------------|
| 1. |               |             |                   |
| 2. |               |             |                   |
| 3. |               |             |                   |
| 4. |               |             |                   |
| 5. |               |             |                   |
| 6. |               |             |                   |

Por favor, enumere los miembros familiares fuera de la vivienda familiar

- |    | <u>Nombre</u> | <u>Edad</u> | <u>Parentesco</u> |
|----|---------------|-------------|-------------------|
| 1. |               |             |                   |
| 2. |               |             |                   |
| 3. |               |             |                   |

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial de crecimiento**

¿Ha habido algún problema en el embarazo o alumbramiento del niño?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas alimenticios, al dormir o llorar ( cólicos, pesadillas etc.)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha demostrado el niño dificultad o retardo en andar, hablar o ir al baño sólo ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido alguna crisis familiar como separación o divorcio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún problema mental en la familia de origen?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún abuso de sustancias en la familia ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Brevemente describa la relación de su niño con ambos padres:		
Brevemente describa la relación de su niño con los demás parientes:		
Brevemente describa el temperamento del niño:		

**Historial escolar**

¿Cuándo empezó su hijo las clases?
¿Ha habido algún problema cuando su hijo empezó las clases? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Que problemas han surgido durante los años de escuela?
¿Que notas está teniendo su hijo?
Describa algún cambio en la vida escolar de su hijo:
¿Cómo se lleva su hijo con sus profesores?
¿Cómo se lleva su hijo con sus amigos o sus semejantes?
¿Cuáles son las asignaturas o actividades de escuela preferidas por su hijo?
¿Con qué asignaturas o actividades tiene mas problemas su hijo?