



QUESTIONARIO/PSICO-SOCIAL PARA PADRES/GUARDIAN LEGAL Evaluación para niños y adolescentes para las edades de 15 años y menores.

Nombre del niño o adolescente: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H M Grado: _____ Escuela: _____ Raza/Grupo Étnico: _____

Que evento (s) o problemas le han llevado a buscar tratamiento _____

Tratamiento anterior

Ha estado su niño (a) en un tratamiento anterior relacionado con salud mental Sí No

Si es así, marque que tipo de tratamiento(s) la fecha y edad en la que recibió el tratamiento:

- Examen Psicológico: _____
- Individual/Grupo/ Terapia de familia: _____
- Hospitalización Psiquiátrica _____
- Tratamiento Residencial: _____

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

¿Esta su niño tomando medicamentos en este momento? Sí No

Lista: _____

Qué clase de medicamentos ha tomado su niño(a) en el pasado, por ejemplo; ansiedad, depresión, ADHD etc.?

Lista: _____

¿Cree usted que cualquiera de los medicamentos pasados o presentes han sido efectivos? Sí No

Por favor explique: _____

SINTOMAS Por favor marque abajo lo que aplique en el presente o en el pasado.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con el sueño | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Problemas Académicos |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Temperamento excesivo | <input type="checkbox"/> Hablar pensamientos de muerte |
| <input type="checkbox"/> Poca energía | <input type="checkbox"/> Humor depresivo | <input type="checkbox"/> Hacerse daño o a otros |
| <input type="checkbox"/> Problemas de concentración | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Preocupación/Pánico | <input type="checkbox"/> Hacer daño a animales |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito | <input type="checkbox"/> Obsesión/Compulsivo | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas/Usos de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Comer demasiado/vomitando | <input type="checkbox"/> Miedos | <input type="checkbox"/> Comportamientos sexuales |
| <input type="checkbox"/> Quejas de salud (dolores de cabeza y/o estómago) | <input type="checkbox"/> Ser desafiante y contradecir | <input type="checkbox"/> Huir de la casa |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el enojo | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en la escuela | |

HISTORIAL MEDICO

Por favor clasifique a su niño o adolescente en cada una de las siguientes áreas.

| | Buena | Estable | Pobre |
|----------------------------|-------|---------|-------|
| Salud | | | |
| Oído | | | |
| Visión | | | |
| Coordinación motora gruesa | | | |
| Coordinación motora fina | | | |
| Articulación del habla | | | |

¿Fue su niño o adolescente expuesto al alcohol o drogas durante su embarazo? Sí No

¿Ha sido el desarrollo físico de su niño/adolescente normal? Sí No

Si no, por favor explique: _____

Ha tenido su niño/adolescente algún problema crónico de salud? (ejem. ¿Asma, diabetes, condición del corazón)?

Sí No

Si es si, por favor explique: _____

Están las vacunas al corriente y al día Sí No

Marque cuál de las siguientes enfermedades a tenido su niño/adolescente.

- Paperas Viruela Sarampión Tosferina fiebre escarlata o escarlatina Neumonía
- convulsiones
- Eencefalitis Otitis Media Envenenamiento por plomo Otros _____

¿Cuántos accidentes ha tenido su niño/adolescente? Uno 2-3 4-7 8-12 o más de 12

Marque si su niño o adolescente ha tenido accidentes que han resultado en lo siguiente:

- Quebraduras Heridas en la cabeza Estomago saltado Perdida de dientes
- Heridas en el ojo
- Laceraciones Severas
- Puntadas Heridas severas Otro _____

Marque si su niño/adolescente ha tenido alguna cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

- Amigdalitis Apendicitis Pierna O Brazo Quemaduras Aadenoides Desordenes digestivos
- Hernia
- Ojo, Oreja, Nariz o garganta Tracto urinario Otros _____

¿Tiene su hijo problemas en controlar su vejiga?

¿En la noche? Si No, si es si cada cuándo? _____

¿Durante el día? Si No, Si es si, ¿cada cuándo? _____

¿Tiene su hijo problemas con defecar?

¿Durante la noche? Si No Si es si, ¿cada cuándo? _____

¿Durante la noche? Si No Si es si, ¿cada cuándo? _____

¿Ha sido su niño o adolescente alguna vez diagnosticado con un problema médico? Si No

¿Si es si, que fue y como fue tratado? _____

Cuáles son las necesidades médicas en el presente de su niño o adolescente. _____

HISTORIA DE MADURACION SEXUAL

¿A qué edad su niño o adolescente mostro que su cuerpo se estaba desarrollando? _____

¿A qué edad comenzó a menstruar su hija? _____

¿Hubo algún tipo de problemas cuando comenzó la menstruación o desarrollo físico? Si No

¿Se siente su niño o adolescente aparentemente confortable con el sexo opuesto? Si No

¿Es su niño o adolescente sexualmente activo? Si No Lo ignoro

¿Ha habido algunos embarazos o abortos? Si No Lo ignoro

Ha sido su niño o adolescente la persona que ha recibido o ha sido el que realizo actos de negligencia, violencia o abuso sexual? Sí No

Si es si, por favor explique _____

Comentarios adicionales: _____

HISTORIAL ESCOLAR

Indique cualquiera de los siguientes problemas escolares que apliquen.

| | Durante qué grado(s) escolar |
|--------------------------------|------------------------------|
| Retador(a) | |
| Interrumpe la clase | |
| No pone atención | |
| Rehúsa ir a la escuela | |
| Fallar en entregar la tarea | |
| Desorganizado | |
| Ser suspendido en la escuela | |
| Suspendido fuera de la escuela | |
| Expulsado de la escuela | |

¿Ha tenido su niño(a) adolescente tenido problemas con sus habilidades de aprendizaje? Si No

Si es si, por favor explique: _____

Haga un sumario del progreso de su niño(a) adolescente (ejem. grados, aprendizaje, sociable, comportamiento) entre cada uno de los siguientes grados. También indique si su niño(a) o adolescente atendió la escuela pública, privada o fue educado en casa.

Prekínder: _____

Kínder: _____

Grados 1-3: _____

Grados 4-6: _____

Primaria /Secundaria: _____

Preparatoria: _____

¿Se han intentado modificaciones en la educación? Si No

Si es si, por favor haga una lista: _____

¿Ha tenido su niño(a) o adolescente alguna evaluación educacional? Si No

Si es si, por favor haga una lista: _____

¿Cuál es el estilo de aprendizaje de su hijo? _____

HISTORIA SOCIAL

¿Su niño o adolescente se lleva bien con sus hermanos y hermanas?

Mejor que el promedio Promedio Peor que el promedio No tiene hermanos(as)

¿Qué tan fácil puede su niño o adolescente hacer amistades?

Más fácil que el promedio Promedio Peor que el promedio

¿Como cuantos amigos tiene su niño o adolescente?

Ninguno 1 2 o 3 4 o mas

¿En promedio, por cuanto tiempo puede su hijo mantener una amistad?

Menos que 6 meses 6 meses – 1 año 2 años o más.

Describa a su hijo socialmente:

Se retrae Inseguro Extrovertido Pasivo Agresivo Otro _____

¿En qué actividades extracurriculares participa su niño o adolescente? _____

¿Qué responsabilidades o tareas tiene su niño o adolescente en el hogar? _____

¿Ha tenido su niño o adolescente algún problema legal? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

¿Sabe usted si su niño o adolescente usa algún tipo de droga, fuma algún tipo de cigarro o algún otro tipo de droga? Si No

Si es si, por favor explique: _____

HISTORIAL DE FE Y RELIGION

¿Cuál es el contexto religioso de su familia? _____

¿En el presente atiende su niño o adolescente servicios religiosos? Si No

¿Si es si, donde? _____

Por favor haga una lista de cosas (positivas o negativas) que son importantes o pudieran haber afectado a su niño en relación con la fe.

HISTORIA FAMILIAR

Marque si hay algún historial de lo siguiente en su familia: Si es si, escriba en quien (ejemplo; madre, abuelo(a) tía etc.)

| | Quien | | Quien |
|--|-------|--------------------------------|-------|
| Inhabilidad de aprendizaje | | Abuso físico o sexual | |
| ADD/ADHD trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) | | Psicosis o Esquizofrenia | |
| Retardo Mental | | Síndrome de Tourette | |
| Depresión | | Desorden Bi-polar | |
| Desorden de Ansiedad | | Defectos de nacimiento | |
| Abuso de drogas o alcohol | | Diabetes | |
| Arrestos | | Intentos de suicidio/homicidio | |

¿Quién tiene la custodia legal de su niño o adolescente? _____

¿La situación de vivienda del presente de su niño o adolescente?

- En el hogar con dos padres En el hogar de un familiar
 En el hogar con un padre En la casa de un amigo
 En la casa del guardián legal Otro _____

Vivienda primaria el año pasado:

- En el hogar con dos padres En el hogar de un familiar
 En el hogar con un padre En la casa de un amigo
 En la casa del guardián legal Otro _____

Por favor describa el ambiente familiar: Casa Departamento Condominio Otro _____

Numero de cuartos _____ Número de baños _____ Número de cuartos _____

Por favor indique quien duerme en cada cuarto: _____

Por favor describa su vecindario: _____

Quien ha cuidado a su hijo/adolescente la mayoría de su vida? _____

¿Quién era el que disciplinaba en la familia? _____

Son ellos: Estrictos Accesibles

¿Están de acuerdo los padres en las necesidades de la paternidad, reglas y disciplina?

- Siempre Usualmente Algunas veces Rara vez

¿Qué estrategias han sido usadas para enfrentar los problemas? (Marque aquellos que aplican y circule los que no han tenido éxito):

- Represión verbal Castigado Remover los Privilegios Recompensa
 Castigo físico Acceder a lo que quiere el niño Evitar al niño

En promedio que porcentaje de tiempo su niño/adolescente cumple con órdenes iniciales?

- 0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

En promedio que porcentaje de tiempo su niño/adolescente eventualmente cumple con órdenes?

- 0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

¿Se llevan los padres bien? Siempre Usualmente Algunas veces Rara vez

¿Ha habido o actualmente se están pasando por cambios mayores o situaciones estresantes en la familia donde su hijo fue criado?

Si No Si es si, por favor marque todos los que aplican

| | En el pasado | Presente(6 meses o meno |
|---|--------------|-------------------------|
| Problemas financieros | | |
| Cambios de vivienda frecuentes | | |
| Cambios de trabajo | | |
| Problemas de alcohol o drogas | | |
| Argumentos entre esposos o novio(a) | | |
| Separación o divorcio entre los padres o pareja | | |
| Segundo casamiento de los padres | | |
| Separación de los hermanos | | |
| Frecuente abuso físico | | |
| Confrontaciones físicas entre padres | | |
| Enfermedad mental en la familia | | |
| Enfermedad física en la familia | | |
| Hospitalización psiquiátrica del padre o pareja | | |
| Muerte en la familia | | |
| Comportamiento sexual en la familia | | |
| Otro: Explique | | |

¿Cuáles son las fortalezas de la familia? _____

¿Cuáles son las debilidades de la familia? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su niño/adolescente? _____

¿Cuáles son las debilidades de su niño/adolescente? _____

¿Qué es lo que usted ve como una necesidad(es) importante en su niño o adolescente? _____

Por favor marque cualquiera de las frases que se mencionan abajo y que se aplican a su familia.

| | Si | No |
|--|----|----|
| Nuestra familia es agradable y amorosa | | |
| La gente constantemente pelea en nuestra familia. | | |
| Cada quien vive su propia vida. | | |
| Los miembros de la familia dicen lo que tienen en su mente | | |
| Nuestra familia esconde cosas. | | |

¿Qué es lo que le gustaría cambiar en su familia? _____

¿Como ha cambiado su familia por los problemas que tiene su niño/adolescente? _____

¿Cuál es la expectativa que tiene la familia del tratamiento? _____

¿En qué rol se ve la familia en el tratamiento? ¿Cuáles miembros de la familia están dispuestos a participar?

Haga un alista de los desórdenes o deseabilidades que tiene su niño/adolescente que no se hayan mencionado previamente. _____

Describa que habilidades ha desarrollado su hijo o adolescente para acomodarse a esos desordenes.

¿Hay alguna necesidad de usar tecnología de asistencia en el tratamiento de niño/adolescente? Si No

¿Si es sí, cual es esa necesidad? _____

¿Hay alguna otra cosa acerca de su niño o adolescente o la familia que deberíamos de saber para poder ser de más ayuda? _____

Nota: Traiga esta forma, al igual que cualquier examen psicológico, o resultados de exámenes educacionales, tarjetas de reporte de grados académicos, expediente de modificación de comportamiento y cualquier otro documento de interés a su próxima cita.

(Firma del padre o guardián legal)

(Fecha)

Leído y revisado por _____
(Terapeuta)

(Fecha)