

Formulario de admisión inicial

Terapeuta: _____ Fecha de hoy: _____
Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de referencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
¿Quién le refirió a esta agencia Quality Life Counseling?: _____
¿Cuál es la razón por la que fue referido? (Explique brevemente): _____
Nombre de su médico general: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Nombre del guardián / dirección/ teléfono: _____
Si el DSSH (Departamento de Salud y Servicios Humanos) está involucrado, escriba el nombre / dirección /
teléfono del trabajador DSSH: _____

Información general del comportamiento

Descripción de las dificultades actuales / "por qué ahora":

Si alguno de los siguientes comportamientos es una preocupación para su hijo por favor proporcione una breve descripción:

- Comportamiento opositorista:
- Enojo/ Comportamiento agresivo:
- Berrinches- Rabietas:
- Cambios en el estado de ánimo / interés en las actividades:
- Miedos / pensamientos no deseados:
- Hábitos inusuales / comportamiento repetitivo:
- Problemas/cambios de sueño:
- Problemas/cambios de apetito:
- Pensamientos homicidas/ suicidas:
- Comportamientos autolesionantes:
- Consumo de alcohol / drogas:
- Problemas sexuales:
- Víctima de abuso (sexual / físico):
- Negligencia:
- Autoestima:
- Adaptación o asimilación (muerte / divorcio / cambio de casa):
- Problemas al ir al baño:
- Problemas de atención:
- Hiperactividad:
- Problemas de relaciones:
- Problemas escolares

Por favor describa lo que está haciendo actualmente para trabajar en estos problemas: _____

¿Qué actividad ha sido la más útil? (Por ejemplo: salir a caminar con el perro): _____

Información de Antecedentes del Paciente / Historia Familiar

Nombre del paciente: _____ Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ ¿Podemos llamarle a este número?: Sí _____ No _____
 Correo electrónico: _____

Sexo (encierre): Masculino / Femenino

Etnicidad (encierre todas las que apliquen): Africano-Americano Asiático-Americano Hispano Nativo Americano Caucásico
 Otro: _____

Problemas con la etnicidad: Sí _____ No _____

¿Cuál es la religión o secta religiosa a la que pertenece?: _____

¿Existe alguna práctica/rituales que le den consuelo? En caso de que tenga alguna, descríbala: _____

Los padres biológicos están (encierre) : Casados Separados Divorciados Nunca se casaron

*Si actualmente está casado, ¿Por cuánto tiempo ha estado casado?: _____

El paciente vive con: _____

Esta persona es (encierre una): Padre Biológico Padre No biológico Abuelo Adoptado Acogido Otro:

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

(Encierre una) Biológica No biológica Adoptado Acogido Otro (Encierre una) Biológico No biológico Adoptado Acogido Otro

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nivel más alto de educación: _____ Nivel más alto de educación: _____

Lugar de trabajo: _____ Lugar de trabajo: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Horario de trabajo: _____ Horario de trabajo: _____

Historial de salud mental materna: _____ Historial de salud mental paterna: _____

*Si los padres biológicos no viven en la misma casa, por favor provea sus nombres, dirección y lugar de trabajo:

¿Cuál es el horario para visitar a esta persona? _____

Otros miembros de la familia que residen en el hogar (del más viejo al más joven), (Por ejemplo: hermanos, hermanastros, sobrina / sobrino, hijos adoptivos, etc.):

Nombre	Fecha de nacimiento/ edad	Sexo	Relación con el paciente
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alguien más que viva en la casa: (por ejemplo, abuelos, padre sin custodia / padrastro-madrastra)

Nombre (s)	Relación con el paciente	Describe su relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuáles han sido los factores estresantes de su vida en los últimos 12 meses?

Muerte familiar ____ Abuso ____ Cambio de escuelas ____ Separación / divorcio ____ Matrimonio ____
Aumento de la familia ____ Cambio de domicilio ____ Cambio en el trabajo ____ Problemas de salud ____
Problemas financieros familiares ____ Cualquier otro evento importante/Algún evento importante en su vida: ____

Información escolar y académica

El niño asiste a la escuela _____

El niño está en el año/grado _____

Nombre de la maestra: _____

Las calificaciones actuales del niño son: _____

Las calificaciones del semestre anterior fueron: _____

¿Alguna vez el niño experimentó lo siguiente en la escuela?...

¿Discapacidad de aprendizaje? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Problemas de comportamiento /emocionales? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Su hijo alguna vez ha sido suspendido, expulsado o retenido en un grado? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Servicios de habla o del lenguaje? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Alguna vez su hijo ha recibido algún tipo de servicios educativos / adaptaciones? Sí ____ No ____

Si es así, por favor describa: (ejemplo: Plan Individualizado de Educación) _____

Describe el tipo de estudiante o la calidad de su trabajo: _____

Describe cuándo empezaron los problemas escolares (si hay alguno): _____

Describe cuál es el involucramiento social del niño en la escuela (por ejemplo, enliste algunos amigos y / o las actividades extracurriculares en las que su hijo puede estar involucrado): _____

Información Médica

Historia prenatal:

¿Usted y /o su médico notaron algún problema con el embarazo? Sí ____ No ____ No sabe ____

¿Hubo alguna enfermedad, complicaciones o preocupaciones durante el embarazo de este niño? ¿Qué tipo? ____

¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este niño? ____

¿El embarazo fue planeado? _____

¿Usó alguna sustancia o medicamento durante este embarazo? Sí ____ No ____ No sabe ____

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Tuvo toxemia/preclamsia o eclampsia? Sí ____ No ____ No sabe ____

¿Tuvo alguna incompatibilidad del factor Rh? Sí ____ No ____ No sabe ____

¿Hubieron algunos signos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto? Sí ____ No ____ No sabe ____

Embarazo completo (9 meses) ____ Prematuro ____ (días / semanas en total ____) Tardó en nacer ____ (días / semanas en total ____)

Nacimiento: ¿Fue normal? ____ ¿Nació de nalgas? ____ ¿Tuvo cesárea? ____ Forceps/ ¿Pinzas? ____

¿Fue inducido? ____

¿Cuál fue el peso del niño al nacer? _____

¿Hubo alguna complicación durante el parto? Sí _____ No _____ No sabe _____

En caso afirmativo, describa: _____

Historia posnatal:

¿Hubo problemas de alimentación en la primera infancia? Sí _____ No _____ No sabe _____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿El niño tuvo cólicos? Sí _____ No _____ No sabe _____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Hubieron problemas con el estado de alerta del bebé? Sí _____ No _____ No sabe _____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Tenía el niño algún problema de salud / congénitos? Sí _____ No _____ No sabe _____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

Etapas del desarrollo:

¿Cuál es su impresión general del desarrollo infantil de su hijo? Buena ___ Aceptable ___ Demorada ___

¿A qué edad se sentó? (promedio de 6 a 8 meses) 3-6 meses ___ 7-9 meses ___ Más de 9 meses ___ No sabe _____.

¿A qué edad se gateó? (promedio 9 meses) 6-12 meses ___ 13-18 meses ___ Más de 18 meses ___ No sabe _____

¿A qué edad caminó? (promedio de 12 a 18 meses) Menos de 1 año ___ 1-2 años ___ 2-3 años ___ No sabe _____

¿A qué edad se autoalimentó? (promedio de 10 a 12 meses) 6-9 meses ___ 10-12 meses ___ 13-18 meses ___
No sabe _____

¿A qué edad dijo palabras simples (aparte de mamá / papá)? _____ No sabe _____

¿A qué edad habló dos o más palabras juntas (promedio de 10 meses) _____ No sabe _____

¿A qué edad aprendió a usar el inodoro (control de la vejiga)? _____ No sabe _____

¿A qué edad aprendió a usar el inodoro (control intestinal)? _____ No sabe _____

Historial médico /de salud física (Por favor escriba cualquier cosa por la cual el cliente haya sido tratado en el **PASADO**): _____

Por favor enliste cualquier problema de salud /o preocupaciones **ACTUALES**: _____

¿Su hijo tiene algún problema de salud física que pueda interferir con su funcionamiento normal (¿visión, audición, habilidades del motor grueso, habilidades del motor fino? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Alergias / reacciones o efectos secundarios a medicamentos: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa: _____

Último examen físico: _____ Con cuál médico: _____

Describe los hábitos de ejercicio: _____

¿Cuánto tiempo duerme él o ella normalmente? _____

¿Tiene problemas al dormir? Ninguno ___ ¿Dificultades para conciliar el sueño? ___ ¿Dificultades para permanecer dormido? ___ ¿Duerme sin descansar? ___ ¿Despierta pronto? ___

¿Ella o él tiene problemas con el apetito? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, explique: _____

Come demasiado ___ Come lo normal ___ Come poco ___ Quisquilloso/ Sólo le gusta cierta comida (describa) ___

¿Sospecha de consumo de alcohol / drogas? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa: _____

Historia de abuso / negligencia? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa: _____

¿Problemas de control de la vejiga? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Problemas de control intestinal? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor explique: _____

Cualquier medicamento(s) PASADO	Dosis	Frecuencia	Propósito	Prescrito por
Medicamento(s) ACTUAL (es)	Dosis	Frecuencia	Propósito	Prescrito por

Historial de la salud mental

Consejero (s) anterior (es)	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Hospitalización psiquiátrica previa	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Tratamiento (s) de abuso de sustancias	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Autoayuda (Esquizofrénicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Al Anon, etc.)	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico

Historial del trauma: ¿El cliente ha sido víctima de alguno de los siguientes? **Si es posible escriba las fechas.**

Abuso Sexual _____	Desastre Natural Violento _____
Acoso Sexual _____	Accidente que puso en riesgo la vida _____
Abuso emocional / verbal _____	Testigo de un accidente que amenaza la vida _____
Abuso físico _____	Estafa Financiera / Robo _____
Negligencia _____	Otros eventos en donde la vida y la seguridad son amenazados _____
Violencia doméstica _____	
Testigo de violencia doméstica _____	

Factores de riesgo: ¿Usted piensa que su hijo está en riesgo de suicidio, homicidio, fuga, recaída de abuso de sustancias, violencia doméstica, agresión sexual, abuso sexual, etc.? Por favor explique:

Preocupaciones y problemas legales del paciente / familia

¿Él/ella está involucrado/ en algún caso activo (de tráfico, civil, criminal)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique los detalles: _____

¿Está actualmente en período de prueba o en libertad condicional? Sí _____ No _____

¿Algún miembro de la familia del niño ha estado involucrado en asuntos legales (víctima /ofensor)? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, por favor explique los detalles: _____

¿Hay un historial de uso de drogas o alcohol dentro de la familia? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique los detalles: _____

¿Otro historial legal? Sí _____ No _____

Cargos (año de cargo) Convicciones Penalidad ¿Sentencia terminada?

Sustancia	S / N	Frecuencia	Duración	Primera vez que se usó	Última vez que lo usó
Ejemplo	S	1 vez por semana	2 años	2012	2014
Cafeína					
Tabaco					
Alcohol					
Marihuana					
Opiáceos / Narcóticos					
Anfetaminas					
Cocaína					
Alucinógenos					
Otros:					

* Gracias por proporcionar información detallada respecto a su hijo. Esto ayudará al terapeuta a comprender en gran medida las necesidades únicas de su hijo y de su familia.

* La información provista en este formulario tiene únicamente el propósito de una evaluación y tratamiento de salud mental / conductual. La información proporcionada en este formulario no se puede divulgar sin el permiso expreso por escrito de los padres o del guardian legal del niño. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se usará esta información, por favor platique sobre sus inquietudes con su terapeuta durante su primera visita.

Afirmo que la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa de acuerdo con mi conocimiento y entendimiento.

Nombre y firma del Cliente/ Guardián

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha