



Servicios Familiares, para los Adolescentes y para los Niños
Norte de California

INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA
CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA

IMPRINT AREA

Fecha / Date:

Debe llenarlo el padre o tutor

NOMBRE DEL NIÑO		NO. DE REGISTRO MÉDICO DEL NIÑO	
PEDIATRA	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	ORIGEN ÉTNICO/PAÍS DE ORIGEN	EDAD DEL NIÑO
DIRECCIÓN DEL NIÑO (CALLE)		(CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)	TELÉFONO (CASA)
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO		PARENTESCO	RELIGIÓN
ESCUELA (NOMBRE Y DIRECCIÓN)		DISTRITO ESCOLAR	GRADO ESCOLAR
MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero		SI ES DIVORCIADO, ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA LEGAL?	
NOMBRE DE LA MADRE	NO. DE REGISTRO MÉDICO DE LA MADRE	TELÉFONO EN CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRE DEL PADRE	NO. DE REGISTRO MÉDICO DEL PADRE	TELÉFONO EN CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA			TELÉFONO EN EL DÍA
NOMBRE DEL TUTOR, SI ES DIFERENTE			TELÉFONO EN EL DÍA

Consentimiento para la liberación de información interna y del tratamiento

Yo soy el tutor legal de _____ con completa autoridad legal para otorgar mi consentimiento al tratamiento, y por medio de la presente doy mi consentimiento para una evaluación mental y/o para el tratamiento de él/ella por el personal del Departamento de Psiquiatría, The Permanente Medical Group, Inc., del Norte de California:

_____	FECHA
FIRMA DEL PADRE O TUTOR	
_____	FECHA
FIRMA DEL PACIENTE ADOLESCENTE (12 AÑOS Y MAYOR) SI CORRESPONDE	

Declaración de confidencialidad

Toda la información contenida en este formulario está sujeta a las leyes relacionadas con la relación terapeuta-cliente. Por ley estamos obligados a informar:

1. Cualquier sospecha de abuso infantil.
2. Amenazas de violencia que se realicen en contra de cualquier persona.

Los expedientes psiquiátricos se mantienen en el Departamento de Psiquiatría y pueden liberarse solamente bajo autorización legal. Aun más, generalmente se incluye un breve informe escrito o verbal para el pediatra del niño, y frecuentemente se coloca una nota psiquiátrica breve en el historial MÉDICO en los casos pediátricos. Si se prescribe medicamento, **TAMBIÉN DEBE** añadirse una nota en el historial MÉDICO del paciente externo.

Si se copia la información MÉDICA para divulgarla con autorización, primero se retirará la información PSIQUIÁTRICA del historial MÉDICO.

PROBLEMA PRINCIPAL DEL NIÑO, LAS RAZONES MÁS IMPORTANTES POR LAS QUE BUSCA AYUDA EN ESTE MOMENTO:

DESCRIBA CUALQUIER OTRO PROBLEMA EMOCIONAL O DE CONDUCTA: _____

DESCRIBA LOS EFECTOS DE SU PREOCUPACIÓN ACTUAL EN LA FAMILIA: _____

DESCRIBA LAS HABILIDADES DE SU NIÑO Y SUS CUALIDADES ESPECIALES: _____

¿ASESORÍA O TRATAMIENTO ANTERIORES? NO SÍ

PACIENTE INTERNO PACIENTE EXTERNO OTRO _____

Si contestó "sí", describa brevemente las condiciones para las que necesitaba ayuda, quién fue el terapeuta o asesor, comentarios, acerca del resultado y las fechas del tratamiento:

¿QUÉ MÁS HA PROBADO ADEMÁS DE ASESORÍA Y TRATAMIENTO? _____

¿HA SIDO MALTRATADO EL NIÑO?

FÍSICO NO SÍ
SEXUAL NO SÍ
EMOCIONAL NO SÍ
NEGLIGENCIA NO SÍ

Si contestó "sí", favor de describirlo en forma breve: _____

¿HAY ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL PENDIENTE? Si contestó "sí", descríbala. NO SÍ

NOTA: Los servicios que son por orden judicial, una condición de libertad condicional, o para evaluación legal o de custodia, podrían estar excluidos por las disposiciones del contrato del Plan de Salud.

¿TIENE ANTECEDENTES PENALES O JURÍDICOS? Si contestó "sí", descríbalos. NO SÍ

CUSTODIA ACTUALMENTE EN EL PASADO
VISITACIÓN ACTUALMENTE EN EL PASADO
LIBERTAD CONDICIONAL ACTUALMENTE EN EL PASADO
PROTECCIÓN INFANTIL ACTUALMENTE EN EL PASADO
ADOPCIÓN ACTUALMENTE EN EL PASADO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDUCTA: Marque los patrones de conducta a continuación que le preocupen.

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Tristeza, llanto, depresión			Ataques de cólera			Se preocupa más que otros		
Falta de ánimo para las actividades cotidianas			Irritabilidad, enojo			Temores o fobias inusuales		
Expresiones del deseo de morir			Discute mucho			Pánico		
Temores a la hora de dormir, falta de sueño			Desobedece			Ansiedad, nerviosismo		
Ha amenazado o intentado suicidarse			Hace cosas que molestan a otras personas			Repite un acto una y otra vez cuando no es necesario (por ejemplo: lavarse, revisar puertas, contar, acomodar cosas)		
Sonambulismo			Culpa a otros por sus errores			Se preocupa demasiado por ciertas (por ej., gérmenes, seguridad, salud)		
Retraimiento			Se molesta con facilidad			Tiene rituales, hábitos, supersticiones		
Pesadillas, terror nocturno			Maldice y usa palabras obscenas			Espasmos o movimientos inusuales		
Autoestima baja						Come poco o ayuna para perder peso		
Despierta muy temprano y no puede volver a dormirse			Desea escaparse de su casa			Se harta de alimentos		
Cansancio, fatiga			Se escapa por las noches			Se lastima a sí mismo		

continúa en la página siguiente

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDUCTA (continuación)

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Sueño inquieto, se despierta con frecuencia			Roba			Sufre alucinaciones (ve o escucha cosas que no existen)		
Poco apetito			Miente			Vomita intencionalmente		
Peso bajo o en exceso			Lastima a los animales			Comportamiento extraño o inusual		
Problemas para dormirse			Lastima a las personas			Desorientación (se confunde con el tiempo, con quién es él/ella)		
Duerme demasiado			Destruye cosas materiales			Se orina por la noche o por el día		
			Usa drogas			Se ensucia (defeca) en su ropa interior		
Demasiada actividad			Toma alcohol					
Actúa frecuentemente sin pensar			Fuma cigarrillos					
No termina las cosas			Problemas sexuales					
Molesta a los demás			Problemas con la autoridad					
No puede concentrarse por mucho tiempo			Problemas con la justicia					
Sueña despierto, fantasea			Lo han detenido o está en libertad condicional					
Se distrae con facilidad								
Bajo nivel de motivación								

Marque los puntos que describan el desarrollo de las relaciones de su niño (presentes o pasadas):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo | <input type="checkbox"/> Es exigente y autoritario |
| <input type="checkbox"/> Pasa mucho tiempo solo, pero no le gusta y se siente solo | <input type="checkbox"/> Pelea con los demás |
| <input type="checkbox"/> Es tímido | <input type="checkbox"/> Intimida a los demás |
| <input type="checkbox"/> Tienen pocos amigos | <input type="checkbox"/> Bromea demasiado |
| <input type="checkbox"/> Tiene muchos amigos | <input type="checkbox"/> Juega con niños más chicos que él |
| <input type="checkbox"/> Juega con "niños problema" | <input type="checkbox"/> Juega con niños mayores que él |
| <input type="checkbox"/> Se burlan mucho de él | <input type="checkbox"/> Se lleva mal con sus semejantes |
| <input type="checkbox"/> Tiene mala relación con sus maestros | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para llevarse bien con sus hermanos |
| <input type="checkbox"/> Es demasiado sensible | <input type="checkbox"/> Tiene conflictos con sus padres o padrastros |

Formas de disciplina que se usan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mandarlo a su cuarto a tranquilizarse | <input type="checkbox"/> Castigos físicos |
| <input type="checkbox"/> Se le quitan privilegios | <input type="checkbox"/> Labores adicionales |
| <input type="checkbox"/> Castigos | <input type="checkbox"/> Recompensas/Incentivos |

Otros: _____

Escuela**Marque las áreas que le preocupan:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No le gusta la escuela | <input type="checkbox"/> Faltó muchos días a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Trabaja mucho, pero no le va bien | <input type="checkbox"/> Repitió un año escolar |
| <input type="checkbox"/> Sin motivación, se niega a terminar su trabajo | <input type="checkbox"/> Recomendación/detención escolar disciplinaria |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Ha sido suspendido, ¿cuántas veces? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ha sido expulsado, ¿cuántas veces? _____ | |

Entorno escolar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clases de remediación/educación especial | <input type="checkbox"/> Enseñanza en entorno alternativo |
| <input type="checkbox"/> Programa para niños talentosos | <input type="checkbox"/> Educación en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje | <input type="checkbox"/> Educación independiente |

Presiones familiares**Ahora o en el pasado ha habido:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas maritales | <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Separación marital | <input type="checkbox"/> Presiones judiciales |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Muerte de un amigo |
| <input type="checkbox"/> Disputas de custodia | <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> Muerte de una mascota |
| <input type="checkbox"/> Presiones familiares | <input type="checkbox"/> Enfermedad de un pariente
Número de días que faltó al trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo | <input type="checkbox"/> Drogadicción y alcoholismo de uno de los padres |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

HISTORIAL DEL DESARROLLO:

DURANTE SU EMBARAZO, USTED:

-
- ¿BEBIÓ?
-
- ¿FUMÓ?
-
- ¿USÓ DROGAS?
-
- ¿SUFRIÓ UN ACCIDENTE?
-
- ¿SE ENFERMÓ?

¿TUVO ALGÚN PROBLEMA CON EL EMBARAZO, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O AL DAR A LUZ? NO SÍ

Si contestó "sí", describa brevemente: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO (continuación)**Indique a qué edad su niño:**

_____ Sostuvo la cabeza	_____ Gateó	_____ Formuló frases completas
_____ Se volteó	_____ Le quitó el pecho o el biberón	_____ Aprendió a ir al baño
_____ Se sentó	_____ Comió solo	_____ Durmió toda la noche
_____ Caminó por sí mismo	_____ Formuló palabras individuales	_____ Se vistió solo

Mi niño cuando era bebé (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comía muy bien | <input type="checkbox"/> Deseaba que lo dejaran solo |
| <input type="checkbox"/> Padecía cólicos | <input type="checkbox"/> Estaba más interesado en las cosas que en las personas |
| <input type="checkbox"/> Se pegaba en la cabeza | <input type="checkbox"/> Era torpe |
| <input type="checkbox"/> Se mecía | <input type="checkbox"/> Era muy temerario |
| <input type="checkbox"/> Fue fácil de tranquilizar | <input type="checkbox"/> Se adaptaba bien a las transiciones |
| <input type="checkbox"/> Fue fácil de regular (sueño, alimentos) | |

HISTORIAL MÉDICO:**Indique si su niño tiene o tenía cualquiera de los puntos siguientes:**

	Sí	No	Edad	Explique
Infecciones graves				
Convulsiones				
Lesiones en la cabeza				
Otras lesiones				
Hospitalización				
Operaciones				
Infecciones de oído				
Algún envenenamiento				
Alergias				
Asma				
Alcoholismo				
Uso de drogas				
Problemas sexuales				

INFORMACIÓN FAMILIAR (continuación)

Indique si alguno de los miembros de la familia o parientes tienen alguna de las siguientes condiciones:	Madre		Padre		Hermano		Hermana		Otro pariente (especifique)	
	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)
Problemas de control de atención, actividad e impulsos cuando era niño										
Discapacidades de aprendizaje										
No se recibió de secundaria										
Abuso de alcohol										
Consumo de drogas										
Problemas de conducta agresiva cuando era niño o como adulto										
Conducta antisocial (detenido en cárcel, problemas judiciales, libertad condicional)										
Víctima de maltrato										
Maltrata a otros										
Depresión										
Padecimientos nerviosos										
Retraso mental										
Enfermedades u operaciones graves										
Discapacidades físicas										
Movimientos inusuales o tics										
Otros problemas mentales										

¿CUÁLES SON LOS APOYOS DE SU FAMILIA? (Por ejemplo: iglesia, amigos, clubes) _____

¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS FUERTES DE SU FAMILIA? _____

Comentarios adicionales: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR / SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN

FECHA / DATE