

EVALUACION DE PSICOSOCIAL PARA NIÑOS

FECHA: ___/___/___

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ NUMERO POSTAL: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ___-___-___

TELEFONO CASA: ___-___-___ TRABAJO: ___-___-___ OTRO TELEFONO: _____

PODEMOS DEJAR UN MENSAJE EN LA CASA? S ___ N ___ EN SU TRABAJO? S ___ N ___ OTRO? S ___ N ___

El pariente o persona responsable por el niño por favor llenar la siguiente informacion :

NOMBRE _____ **RELACION AL PACIENTE** _____

ESTADO CIVIL: C ___ S ___ D ___ NUMERO DE LECENSIA _____

TRABAJO/ EMPRESA: _____ DIRECCION: _____

NOMBRE / DIRECCION /Y TELEFONO DE UN PARIENTE QUE NO VIVE CON
USTED: _____

RELACION DE LA PERSONA MENSIONADA: _____

ALERGIAS CONOCIDAS? _____

MEDICINAS RECIENTES: _____

NOBRE DIRECCION Y TELEFONO DE SU MEDICO PRINCIPAL: _____

DESEA COMPARTIR INFORMACION CON EL MEDICO PRINCIPAL? S _____ N _____

LA ESCUELA VA A PAGAR PARA LAS SECCIONES? SI ___ NO ___ SI LA RESPUESTA ES "NO" CONTINUE CON
LA SIGUIENTE SECCION.

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN EL SEGURO : _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

RELACION AL PACIENTE: _____ TRABAJO/ EMPRESA: _____

NUMERO DE SEGURO: _____ DIRECCION DE LA COMPANIA DE
SEGURO: _____

NUMERO DEL GRUPO: _____ NUMERO DE LA POLIZA: _____

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: _____
FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

EASCUOLA: _____ GRADO: _____ CLASES ESPECIALES: _____

NOMRE DEL PROFESOR(A): _____

REFIRIDO DE PARTE DE: _____

PROBLEMAS ACTUALES Y HISTORIA DE ESTOS PROBLEMAS: (CASA)

HISTORIA ESCOLAR:

SI EL NINO A REACIONADO PARA ENPEZAR LA ESCUELA, SI SE HA SALTEADO O REPETIDO GRADOS EN LA ESCUELA, COMPORTAMIENTO AGRECIVOS O OTROS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO:

TRATAMIENTOS ANTERIORES: LUGAR/PERSONA O AGENCIA

FECHA

RESULTADO

QUE FUE LO QUE MAS LE AYUDO? _____

QUE FUE LO QUE MENOS LE AYUDO?

MEDICAMENTOS:

LISTELAS MEDICINAS ACTUALES

MEDICINAS QUE TOMO EN EL PASADO CON PROPOSITOS SIQUIATRICOS:

POTENCIAL DE ALTO RIESGO EN SU PERSONA : BAJO MODERADO ALTO

POTENCIAL DE ALTO RIESGO EN CONTRE DE OTROS: BAJO MODERADO ALTO

QUESTIONARIO FAMILIAR:

PARA CADA DE ESTAS PERSONAS CONTEST LO SIGUIENTE: NOMBRE, EDAD, EDUCACION, OCUPACION, ESTADO CIVIL Y RELACION CON ESTE NINO.

EL PADRE DEL NIÑO: _____

LA MADRE DEL NIÑO: _____

CHILD'S BROTHERS AND/OR SISTERS: _____

SI EL NINO HA EXPERIMENTADO ALGO DE LOS SIGUIENTES ACONTECIMIENTOS INDIQUE LA FECHA Y EDAD DEL NINO:

MUERTE DE ALGUN FAMILIAR CERCANO: (QUIEN))	EDAD EL NINO
_____	_____
_____	_____

SEPARADO DE ALGUN MIEMBRO FAMILIAR: (QUIEN))	EDAD DEL NINO
_____	_____
_____	_____

SI EL NINO HA EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES EXPERIENCIAS INDIQUE LA EDAD Y FECHAS Y EDAD DEL NINO:

ABUSO FISICO (DE QUIEN)	EDAD DEL NINO
_____	_____
_____	_____

ABUSO SEXUAL (DE QUIEN)	EDAD DEL NINO
_____	_____
_____	_____

PROBLEMAS FAMILIARES Y OTROS SI APLICA:

_____ PROBLEMAS LEGALES	_____ PROBLEMAS MATRIMONIALES
_____ PROBLEMAS MONETARIOS	_____ OTROS PROBLEMAS (EXPLIQUE)

HISTORIAL FAMILIAR ADICIONAL:

INFORMACION PRE-NATAL:

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO _____

DROGAS/ALCOHOL, MEDICINAS PRESCRIBTAS DURANTE EL EMBARAZO? _____

NACIMIENTO:

TIEMPO COMPLETO? SI ___ NO ___ CUANTAS SEMANAS? PREMATURO? SI _____ NO _____

VAGINAL? _____ CESARIA? _____

ALGUNA DIFICULTAD MEDICA DURANTE SU NACIMIENTO?

HISTORIAL DEL DESARROLLO DE SU HIJO/A: (MARQUE EL RENGLON EN EL CUAL SU HIJO MUESTRE DIFICULTAD)

REACIONES CON PERSONAS CONOCIDAS: _____

HABLANDO PALABRAS: _____

SENTANDOSE DERECHO: _____

HABLANDO EN ORACIONES: _____

CAMINANDO: _____

ENTRENAMIENTO PARA IR AL BANO: _____

SEPARACION CON LOS PADRES PARA IR A LA ESCUELA: _____

HISTORIAL MEDICO:

ENFERMEDAD SIGNIFICA, ACCIDENTES Y/O HOSPITALIZACIONES, INCLUYA FECHAS Y EDADES

APETITO: BUENO: _____ REGULAR: _____ MALO: _____ SUBIDAS Y BAJADAS: _____

GANANDO O PERDIENDO PESO? _____

SUENO PERTURBADO (ESCOJA LA QUE MEJOR DESCRIBA SU NINO/A):

- PROBLEMA PARA PODER DORMIR _____ AL DESPERTAR EN LAS MANANAS
- PROBLEMAS PARA DORMIR TODA LA NOCHE
- DUERME MAS DE 8-10 HORAS
- PROBLEMAS AL LEVANTARCE
- DUERME MENOS DE 6-8 HORAS

DIFICULTADES DE LAVEJIGA/DIGESTION: _____

LEGAL:

HA TENIDO SU HIJO PROBLEMAS LEGALES? SI (EXPLIQUE) NO

REFERENCIA DE MAL CONPORTAMIENTO DE LA ESCUELA? _____

HISTORIAL DE DROGAS / ALCOHOL Y TABACO:

NINO/A: _____
PADRES: _____

PASATIEMPOS Y ACTIVIDADES:

RELACION DEL NINO CON SUS AMIGOS Y COMPANEROS:

METODOS DICIPLINARIOS Y LA EFECTIVIDAD:

CUSTODIA DEL NINO: Si los padres estan separados o divorciados por favor marque su situacion:

- Custodia Ccompartida - Con quien reside el nenor? _____
- Custodia Unica - Mother
- Custodia Unica - Padre

Si las visitas son compartidas que clase de horario tienenf shared visitation, what is the typical visitation schedule?:

All appointments must be changed or cancelled 24 hours in advance to avoid a charge.

It is the responsibility of the parent signing this form, not the therapist, to notify the child's other parent that his or her child is participating in counseling.

I certify that the information on this sheet is correct, and hereby authorize Lifespan Services, Inc., to provide therapy, counseling, or other psychiatric and/or psychological services as discussed in the preliminary treatment plan necessary for the client named above. I also authorize the release of medical, psychological, alcohol and drug abuse and psychiatric information necessary to provide therapeutic services, to collect fees for service from insurers or other third party payors, and for continuity of care between Lifespan Services and other professionals who also provide services for the client.

FECHA

Signature of Client or Responsible Person

TERAPISTA: _____

FECHA: _____