

Ellie Family Services Formulario de admisión para menores

Nombre legal del cliente: _____ Fecha: _____
 Nombre Preferido: _____
 Género: _____ F _____ M _____ Otro Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Formulario completado por (si es alguien que no sea cliente): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ int: _____
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Si necesita más espacio para cualquiera de las siguientes preguntas, utilice el reverso de la hoja.

Motivo/s principal/es para contratar estos servicios:

Control de la ira Ansiedad Capacidad para superar dificultades
 Trastorno alimenticio Miedo/fobias Confusión mental
 Sexualidad Problemas para dormir Comportamientos adictivos
 Cuestiones de género Hiperactividad Depresión
 Otras preocupaciones de salud mental (especifique): _____

Historial familiar

Padres:

¿Con quién vive el niño en este momento? _____

¿Los padres están divorciados o separados? _____

En caso afirmativo, ¿quién tiene la custodia legal? _____

¿Alguna vez los padres del niño se casaron? Sí No

¿Hay alguna información importante sobre la relación o el tratamiento del padre hacia el niño que pueda ser beneficiosa para el asesoramiento? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Padre del cliente:

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Tiempo Completo
 Tiempo Parcial Dónde trabaja: _____ Teléfono laboral: _____

Educación del padre: _____

¿El niño vive actualmente con este padre? Sí No

Padre biológico Padrastro Padre adoptivo Hogar adoptivo

Otro (especificar) _____

¿Hay algo notable, inusual o estresante sobre la relación del niño con este padre?

Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Cómo educa este padre al niño? _____

¿Por qué razones el niño es disciplinado por este padre? _____

Padre del cliente:

Nombre: _____ Edad: ____ Ocupación: _____

__Tiempo Completo __Tiempo Parcial

Dónde trabaja: _____ Teléfono laboral: _____

Educación del padre: _____

¿El niño vive actualmente con este padre? __ Sí __ No

__ Padre biológico __ Padrastro __ Padre adoptivo __ Hogar adoptivo

Otro (especificar) _____

¿Hay algo notable, inusual o estresante sobre la relación del niño con este padre?

__ Sí __ No Si es así, por favor explique: _____

¿Cómo educa este padre al niño? _____

¿Por qué razones el niño es disciplinado por este padre? _____

Información adicional sobre el padre:

_____**Hermanos del cliente y otros que viven en el hogar:**

<u>Nombres de hermanos</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Vive</u>	<u>Calidad de la relación con el cliente</u>
_____	__	__F __M	___en el hogar __fuera del hogar	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	___en el hogar __fuera del hogar	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	___en el hogar __fuera del hogar	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	___en el hogar __fuera del hogar	__ mala __regular __buena
Otros que viven en el hogar			Relación (p. ej., primo, hijo adoptivo)	
_____	__	__F __M	_____	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	_____	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	_____	__ mala __regular __buena
_____	__	__F __M	_____	__ mala __regular __buena

Comentarios: _____

Historial de salud familiar

¿Alguno de los parientes consanguíneos del niño (padres, hermanos, tías, tíos o abuelos) tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

Alergias Sordera Distrofia muscular
 Anemia Diabetes Nerviosismo
 Asma Problemas glandulares Trastorno de la percepción motora
 Tendencia al sangrado Enfermedad cardíaca Retraso mental
 Cáncer Enfermedad renal Espina bífida
 Parálisis cerebral Enfermedad mental Suicidio
 Labio leporino Migrañas Otra (especificar) _____

Comentarios: Salud familiar: _____

Historia de la niñez/adolescencia

Embarazo/Nacimiento

¿Ha tenido la madre del niño algún aborto espontáneo o muerte fetal? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Fue planeado el embarazo? Sí No Duración del embarazo: _____

Edad de la madre al nacer el niño: _____ Edad del padre al nacer el niño: _____

Niño número de un total de niños.

¿Cuánto aumentó de peso la madre durante el embarazo? _____

Mientras estaba embarazada, ¿la madre fumaba? Sí No Si es así, ¿qué cantidad? _____

¿La madre usaba drogas o alcohol? Sí No

En caso afirmativo, tipo de sustancia/cantidad: _____

Durante el embarazo, ¿la madre tuvo dificultades médicas o emocionales? (por ej. cirugía, hipertensión, medicamentos, etc.) Sí No Si es así, describa: _____

Duración del parto: _____ ¿Fue inducido? Sí No ¿Fue por cesárea? Sí No

Peso del bebé al nacer: _____ Talla del bebé al nacer: _____

Describe cualquier complicación física o emocional en el parto: _____

Describe cualquier complicación con la madre o el bebé después del nacimiento: _____

Tiempo de internación: Madre _____ Bebé _____

Infancia/Niñez Marque todo lo que corresponda:

- Fue amamantado Alergias a la leche Vómitos Diarrea
 Alimentado con fórmula Sarpullidos Cólicos Constipación
 No era cariñoso Lloraba a menudo Raramente lloraba Hiperactivo
 Se resistía a comer sólidos Problemas para dormir Irritable al despertarse Aletargado

Historia del desarrollo Tenga en cuenta la edad en la que tuvieron lugar los siguientes comportamientos:

- Sentarse solo: _____ Vestirse solo: _____
 Dar los primeros pasos: _____ Atarse los cordones: _____
 Decir palabras: _____ Andar en bicicleta: _____
 Destetarse: _____ No orinarse durante el día: _____
 Alimentarse por sí mismo: _____ No orinarse durante la noche: _____

Comparado con los demás miembros de la familia, el desarrollo del niño fue: lento promedio rápido

Edad de los siguientes desarrollos (completar cuando corresponda):

- Comenzó la pubertad: _____ Menstruación: _____
 Cambio de voz: _____ Convulsiones: _____
 Desarrollo de senos: _____ Lesiones u hospitalizaciones: _____

Problemas que afectaron el desarrollo del niño (por ejemplo, abuso físico/sexual, nutrición inadecuada, negligencia, etc.)

Cultural/Etnia

¿A qué grupo cultural o étnico pertenece? _____

¿Tiene algún problema relacionado con cuestiones culturales o étnicas? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Otra información cultural/étnica: _____

Asuntos Espirituales/Religiosos

¿Qué tan importante para usted son los asuntos espirituales? Nada Poco Moderadamente Muy

¿Está afiliado a un grupo espiritual o religioso? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Creció en un contexto espiritual o religioso? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Le gustaría que sus creencias espirituales/religiosas se incorporen en su asesoramiento? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Educación

Colegio actual: _____ Número de teléfono de la escuela: _____

Tipo de escuela: Pública Privada Educado en casa Otras(especificar): _____

Grado: _____ Maestro: _____ Consejero Escolar: _____

En educación especial: Sí No Si es así, describa: _____

En un programa para dotados: Sí No Si es así, describa: _____

¿Alguna vez un niño ha sido retenido en la escuela? Sí No Si es así, describa: _____

¿Qué materias disfruta el niño en la escuela? _____

¿Qué materias no le gustan al niño en la escuela? _____

¿Qué calificaciones recibe el niño generalmente en la escuela? _____

¿Ha habido algún cambio reciente en las calificaciones del niño? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Su hijo ha sido evaluado psicológicamente? Sí No

Si es así, describa: _____

Verifique las descripciones que se relacionan específicamente con su hijo.

Sentimientos sobre la escuela:

Ansioso Pasivo Entusiasta Temeroso

Deseoso Ninguna expresión Aburrido Rebelde

Otro (describa) _____

Actitud frente al trabajo escolar:

Organizado Laborioso Responsable Interesado

Independiente Falto de iniciativa Se opone a trabajar Solo hace lo que se espera

Es poco riguroso Desorganizado Colaborador No completa las tareas

Otro (describa) _____

Rendimiento en la escuela (opinión de los padres):

Satisfactorio Insatisfactorio Supera los objetivos

Otro (describa) _____

Relaciones del niño con pares:

Es espontáneo Sigue a los demás Es líder Tiene dificultad para hacer amigos
 Hace amigos fácilmente Tiene amigos de larga data Comparte con facilidad
 Otro (describa) _____

¿Quién es responsable de su hijo en las siguientes áreas?

Colegio: Madre Padre Responsabilidad compartida Otro (especificar): _____

Salud: Madre Padre Responsabilidad compartida Otro (especificar): _____

Comportamiento
problemático: Madre Padre Responsabilidad compartida Otro (especificar): _____

Si el niño está involucrado en un programa vocacional o tiene un puesto de trabajo, complete lo siguiente:

¿Cuál es la actitud del niño hacia el trabajo? Mala Promedio Buena Excelente

Empleador actual: _____ Puesto: _____ Horas por semana: _____

¿Cómo se han visto afectadas las calificaciones del niño en la escuela desde que trabaja?

Bajaron Se mantuvieron Mejoraron

¿Cuántos trabajos o puestos anteriores ha tenido el niño? _____

Duración habitual del empleo: _____ Motivo habitual de abandono: _____

Ocio/Recreación

Describa áreas especiales de interés o pasatiempos (por ejemplo, arte, libros, manualidades, ejercicio físico, deportes, actividades al aire libre, actividades eclesísticas, caminatas, ejercicio, dieta/salud, caza, pesca, bolos, actividades escolares, exploradores, etc.)

Actividad	¿Con qué frecuencia hace actividad ahora?	¿Con qué frecuencia lo hacía en el pasado?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Salud Médica/Física

- Aborto Asma Desvanecimientos Bronquitis
 Parálisis cerebral Varicela Problemas congénitos Crup
 Diabetes Difteria Mareos Dolor de oídos
 Eczema Encefalitis Fiebre Fiebre
 Fiebre del heno Problemas cardíacos Hepatitis Urticaria
 Gripe Envenenamiento por plomo Sarampión Meningitis
 Aborto espontáneo Esclerosis múltiple Paperas Distrofia muscular
 Sangrado nasal Otras erupciones en la piel Parálisis Pleuresía
 Neumonía Polio Embarazo Fiebre reumática
 Escarlatina Convulsiones Resfriados severos Lesión grave en la cabeza
 Infecciones de transmisión sexual Trastornos de la tiroides Problemas de la vista
 Uso de lentes Otra (especificar) _____

Lista de problemas de salud actuales: _____

Enumere cualquier cambio de salud o físico reciente: _____

Nutrición:

Comida	Frecuencia (veces por semana)	Comidas que ingiere habitualmente	Cantidad que come normalmente
Desayuno	___ / semana	_____	___ No ___ Bajo ___ Medio ___ Alto
Almuerzo	___ / semana	_____	___ No ___ Bajo ___ Medio ___ Alto
Cena	___ / semana	_____	___ No ___ Bajo ___ Medio ___ Alto
Colación	___ / semana	_____	___ No ___ Bajo ___ Medio ___ Alto

Comentarios: _____

Exámenes más recientes:

<u>Tipo de examen</u>	<u>Fecha del más reciente</u>	<u>Resultados</u>
Examen físico	_____	_____
Examen dental	_____	_____
Examen de la vista	_____	_____
Examen de audición	_____	_____

Medicamentos recetados actualmente	Dosis	Fechas	Propósito	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Medicación actual sin receta	Dosis	Fechas	Propósito	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Registro de vacunación (verifique las vacunas que el niño/adolescente ha recibido):

	DPT	Polio	
2 meses	___	___	15 meses ___MMR (sarampión, paperas, rubéola)
4 meses	___	___	24 meses ___HBPV (Haemophilus influenzae tipo B)(Hib)
6 meses	___	___	Antes de ir a la escuela ___HepB
18 meses	___	___	
4-5 años	___	___	

Uso de Químicos/Historial

¿El niño/adolescente usa o tiene un problema con el alcohol o las drogas? ___ Sí ___No

Si es así, describa: _____

Asesoramiento/Historial de Tratamiento previo

Información sobre el niño/adolescente (pasada y presente):

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Reacción o experiencia general
Consejería/Psiquiatría. Tratamiento	___	___	_____	_____	_____
Pensamientos/intentos suicidas	___	___	_____	_____	_____
Tratamiento contra las drogas/alcohol	___	___	_____	_____	_____
Hospitalización	___	___	_____	_____	_____

Situación Conductual/Emocional

Por favor marque cualquiera de los siguientes que sean característicos de su hijo:

___ Cariñoso	___ Entusiasta	___ Desprolijo	___ Problemas para dormir
___ Agresivo	___ Masturbación excesiva	___ Malhumorado	___ De movimientos lentos
___ Agresivo	___ Pesimista	___ Pesadillas	___ Falta de control de esfínteres
___ Problemas con el alcohol	___ Fatiga	___ Obediente	___ Problemas de habla
___ Enfadado	___ Temeroso	___ Se enferma a menudo	___ Cleptomanía
___ Ansiedad	___ Lesiones frecuentes	___ Trastorno de oposición	___ Dolores de estómago
___ Enuresis	___ Se frustra con facilidad	___ Hiperactividad	___ Amenazas suicidas
___ Guiños, espasmos	___ Ludopatía	___ Exceso de peso	___ Intentos suicidas
___ Comportamientos extraños	___ Generoso	___ Ataques de pánico	___ Es impertinente
___ Hostiga, amenaza	___ Alucinaciones	___ Fobias	___ Bruxismo
___ Descuidado, imprudente	___ Se golpea la cabeza	___ Poco apetito	___ Succión del dedo
___ Dolores en el pecho	___ Problemas cardíacos	___ Problemas psiquiátricos	___ Tics o espasmos musculares
___ Torpe	___ Desesperanza	___ Pendenciero	___ Comportamientos inseguros
___ Confidente	___ Lastima a los animales	___ Triste	___ Comportamientos inusuales
___ Cooperativo	___ Amigos imaginarios	___ Egoísta	___ Pensamientos inusuales
___ Adicción a la web	___ Impulsivo	___ Ansiedad de separación	___ Pérdida de peso
___ Desafiante	___ Irritable	___ Pirómano	___ Retraído
___ Depresión	___ Perezoso	___ Adicciones sexuales	___ Se preocupa excesivamente
___ Destructivo	___ Problemas de aprendizaje	___ Manifestación sexual exagerada	___ Otro:
___ Dificultades para hablar	___ Miente con frecuencia	___ Comparte	_____
___ Mareos	___ Escucha cuando se lo invita a razonar	___ Se enferma a menudo	_____
___ Dependencia de drogas	___ Solitario	___ Periodo de atención corto	_____
___ Trastorno alimenticio	___ Baja autoestima	___ Tímido, vergonzoso	_____

Por favor describa cualquiera de las preocupaciones anteriores (u otras): _____

¿Cómo se manejan generalmente los comportamientos problemáticos? _____

¿Cuáles son las actividades favoritas de la familia? _____

¿Qué hace el niño/adolescente con el tiempo no estructurado? _____

¿El niño/adolescente ha experimentado la muerte? (amigos, familia, mascotas, otros): Sí No

¿A qué edad? En caso afirmativo, describa la reacción del niño/adolescente: _____

¿Ha habido otros cambios o eventos importantes en la vida de su hijo? (familia, mudanzas, incendios, etc.)

Sí No Si es así, describa: _____

¿Alguna información adicional que crea que nos ayudaría a comprender a su hijo/adolescente?

¿Alguna información adicional que nos ayude a comprender las preocupaciones o problemas actuales?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia del niño/adolescente? _____

¿Qué participación familiar le gustaría que haya en la terapia? _____

¿Cree que el niño es suicida en este momento? Sí No

En caso afirmativo, explicar: _____