

Cuestionario de Historia del Niño

(Para que lo complete el padre, madre o tutor)

Fecha: _____

Información del Niño

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre(s) del parente/madre/tutor: _____

Relación con el niño: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Quién tiene la custodia legal? _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Motivo de la Visita

¿Qué preocupaciones llevaron a su hijo a consejería?

¿Qué cambios le gustaría ver en su hijo?

Seguridad y Riesgo

Pensamientos o conversación sobre suicidio

Conductas de autolesión

Conducta agresiva hacia otros

Historia de huir de casa

Consumo actual de alcohol, vapeo o drogas

Pérdida o trauma importante reciente

Historial de Salud Conductual

¿Alguna vez fue hospitalizado por problemas de salud mental? Sí No

¿Consejería o atención psiquiátrica previa? Sí No

Diagnósticos actuales o pasados: _____

Medicamentos psiquiátricos (actuales/pasados): _____

Historial Médico

Proveedor de atención primaria: _____

Última visita con el médico: _____

¿Ha tenido su chequeo anual? Sí No

¿Sus vacunas están al día? Sí No

Última visita dental: _____

Condiciones médicas importantes: _____

Medicamentos actuales (o adjunte lista): _____

Alergias: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Desarrollo y Vida Diaria

¿Hubo preocupaciones durante el embarazo/parto? Sí No (Si sí, explique):

¿Retrasos en el habla o lenguaje? Sí No

¿Preocupaciones de aprendizaje o IEP/Plan 504? Sí No

Dificultad con (marque los que correspondan):

Dormir Comer Control de esfínteres Vestirse Rutinas diarias

Panorama Familiar y Social

¿Quién vive en el hogar? _____

Idioma principal que se habla: _____

Cambios recientes en la familia (mudanzas, separaciones, nuevos hermanos):

¿Quiénes son los principales apoyos de su hijo? _____

Nombre de la escuela y maestro/a: _____

Trauma y Asuntos Legales

Historia de abuso, negligencia o accidentes graves: Sí No

Participación de CPS: Sí No (Actual Pasada)

Problemas legales o involucramiento con el tribunal de menores: Sí No

Fortalezas e Intereses

Fortalezas de su hijo: _____

Actividades/pasatiempos que su hijo disfruta: _____

Lista de Síntomas

Tristeza o llanto frecuente

Preocupaciones o miedos frecuentes

Problemas para quedarse quieto o prestar atención

Enojo o berrinches difíciles de controlar

Problemas de sueño

Problemas para llevarse bien con compañeros o adultos

Problemas en la escuela (conducta, calificaciones, asistencia)

Hablar de hacerse daño o dañar a otros

Información Adicional

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su hijo o su familia?
