

## **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 padre/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?

---

---

---

---

---