

HOPE FOR HEALTHY FAMILIES COUNSELING CENTER
NIÑO FORMULARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ___Hombre___ Mujer

Dirección: _____
Dirección Cuidad Codigo Postal

Nombre de los Padres o Tutores: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Yo, _____, como el padre responsable o tutor legal, Por la presente autorizo consejería que debe facilitarse a la persona arriba mencionada menor de edad _____ <p style="text-align: center;">Firma Fecha</p>
--

(Por favor circule el número de contacto preferido)

Teléfono de la casa: () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ___Si ___No

Celular / Otro Teléfono: () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ___Si ___No

Celular / Otro Teléfono: () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ___Si ___No

Dirección de correo Electrónico: _____ Podemos enviarle por correo Electrónico? ___Si ___No

*Por Favor, tenga en cuenta: Correspondencia por correo electrónico no se considera que es un medio de comunicación confidencial.

Referido por (si procede): _____

Usted ha contactado este terapeuta para los servicios relacionados con su hijo. En orden de obtener mas conocimiento en su hijo y familia, por favor complete este formulario. Siéntase libre de dejar cualquier pregunta en blanco, pero tambien considere que más información puede permitir que la oportunidad de adaptar el plan de tratamiento que satisfagan efectivamente las necesidades de su hijo.

¿Qué le llevó a buscar los servicios?

¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema?

Su hijo / hijos ven a sí mismos como teniendo un problema? ____ No ____ Si
Si es así, ¿cómo se describe el problema?

¿Qué síntomas específicos o problemas crees que son relevantes? Por favor, marque lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comportamientos agresivos | <input type="checkbox"/> Cambio de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Timidez | <input type="checkbox"/> Explosiones de ira |
| <input type="checkbox"/> Miedos o Fobias | <input type="checkbox"/> Dolores de Pecho |
| <input type="checkbox"/> Llorar fácilmente | <input type="checkbox"/> Problemas de afrontamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento social | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Fatiga o pérdida de energía | <input type="checkbox"/> Alcohol / drogas |
| <input type="checkbox"/> Transpiración | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo depresivo |
| <input type="checkbox"/> Dolor o la pérdida de los problemas | <input type="checkbox"/> El estrés financiero |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de inutilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Problemas académicos | <input type="checkbox"/> Comportamientos extraños o pensamientos |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a uno mismo o los demás | <input type="checkbox"/> Inquietud |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Recientes acontecimientos traumáticos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de crianza de los hijos | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cuestiones sin resolver la infancia | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de pareja | <input type="checkbox"/> Oposición / desafiante |
| <input type="checkbox"/> Mareos o aturdimiento | <input type="checkbox"/> Las enfermedades o problemas médicos |

En el siguiente espacio, por favor, no dude en explicar con más detalle cualquiera de los puntos anteriores

Ha tenido su niño o su familia experimentar cualquier pérdida profundos en los últimos años?

RELACIONES SIGNIFICATIVAS E INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Hábleme de las personas en la vida de su hijo:

Relación: Nombre / Edad:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

_____ Los padres casados/en pareja, ¿hasta cuándo?

_____ Los padres separados. ¿Cuánto tiempo hace?

_____ Los padres se divorciaron. ¿Cuánto tiempo hace?

_____ Padre se volvió a casar: Número de veces

_____ Madre se volvió a casar: Número de veces

Circunstancias especiales:

DESAROLLO

¿Su hijo ha sido abusado? ____ No ____ Si. En caso afirmativo, qué tipo de abuso? ____ Sexual
____ Físico ____ Verbal. En caso afirmativo, se reportó el abuso? ____ No ____ Si.

Otros temas de infancia: __Negligencia __Nutrición inadecuada__Complicaciones médicas

Cualquier comentario sobre experiencias de desarrollo:

RELACIONES SOCIALES

Compruebe cómo su hijo por lo general interactúan con amigos y familiares: (marque lo que corresponda)

____ Encantador ____ Lucha / Argue ____ Molestan ____ Trata de Evitarlos

Otro

(especifique):

¿Cómo describiría a su personalidad? (marque lo que corresponda)

____ Seguidor ____ Amistoso ____ Líder ____ Saliente ____ Tímido / retira

Otro

(especifique):

¿Tiene él / ella tiene un mejor amigo ahora? ____ No ____ Si En el pasado? ____ No ____ Si

Fortalezas Sociales

Factores de estrés y problemas sociales:

CULTURAL/ ÉTNICA

¿A qué grupo étnico o cultural, en su caso, pertenece usted?

Fortalezas culturales y étnico:

Estresores culturales y étnicas y problemas:

ESPIRITUAL / RELIGIOSO (Por favor, deje en blanco si no se siente cómodo respondiendo las siguientes preguntas)

¿Qué tan importante para su familia son asuntos espirituales? ____No __Poco __Moderado
__ Mucho

¿Está usted afiliado a un grupo espiritual o religioso? ____No ____Si(describir)

Fortalezas espirituales:

Factores de estrés y problemas espirituales:

LEGAL:

¿Su hijo ha sido detenido? Lista de todos los cargos, fechas de las detenciones, y los resultados:

Por favor, describa los servicios pasados o presentes o sistemas que han participado en su vida (e.g., CPS, El apoyo del gobierno, orientación escolar, sistema de justicia, etc.)

LA EDUCACIÓN:

¿En qué grado está su hijo? _____

¿A qué escuela asistieron? _____

Grados Académicos (marque una): encima de la media, promedio, debajo de la media,
 inconsistente

¿Su hijo recibe servicios de educación especial o tiene alguna necesidad especial con respecto al aprendizaje? _____ No _____ Si (describir)

Alguna vez ha sido retenido o de repetir un año? _____ No _____ Si ¿Cuál (s)? _____

¿Cuántas escuelas han asistido a? _____ ¿Les gusta la escuela? _____ No _____ Si

MÉDICA / DE SALUD FÍSICA

_____ Problemas médicos activos _____ Hospitalizaciones anteriores

_____ Enfermedad médica grave _____ Otros problemas médicos (describir) _____

Si alguno de los anteriores revisadas, por favor describa:

Por favor, compruebe si ha habido algún cambio reciente en los siguientes:

_____ Los patrones de sueño _____ Los patrones de alimentación _____ Comportamiento _____ Nivel de energía _____ Disposición general _____ Peso _____ Nerviosismo _____ Nivel de actividad física

Describa los cambios marcados por encima de:

ASESORAMIENTO / HISTORIAL DE TRATAMIENTO PREVIO

¿Su hijo ha participado en alguna anterior asesoramiento / servicios de terapia? _____ No _____ Si (describa cuando y endonde)

Él o ella esta viendo a otro terapeuta? _____ No _____ Si

Si es así, a quien?

¿Alguno de sus miembros de la familia o las relaciones significativas ha participado en el asesoramiento o el tratamiento? _____ No _____ Si (describa)

¿Ha tenido su hijo (a) ha sido hospitalizado por drogas o alcohol y atención psiquiátrica? _____ No
_____ Si (Cuando/Endonde)

¿Está su hijo tomando alguna medicación psicotrópica? _____ No _____ Si
Si es así, por favor anote:

¿Ha tenido su niño (s) que se haya intentado suicidarse o tuvieron pensamientos suicidas? _____ No
_____ Si (Describa)

FORTALEZAS Y NECESIDADES

¿Qué ve usted como su niño y fortalezas de su familia?

¿Hay alguna otra información sobre usted que usted piensa que es relevante para la planificación del tratamiento de su hijo?

Por favor escriba al menos un gol que le gustaría alcanzar durante el curso del tratamiento de su hijo:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO

FECHA

RELACIÓN CON EL CLIENTE