

Problema de Presentacion – Por favor describa brevemente el motivo de la visita:		
Medicamentos Actuales	Medicamentos Psiquiátricos Pasados	Alergias/Reacciones Adversas
Historial de Salud Conductual		
¿Ha tenido el niño tratamiento de salud conductual ambulatorio previo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique el motivo y el resultado. Incluya fechas, ubicaciones y nombres de los médicos:		
Tipo	Proveedor/Fecha	
<input type="checkbox"/> Terapia Individual		
<input type="checkbox"/> Terapia Familia		
<input type="checkbox"/> Manejo de Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Pruebas Psicologicas		
<input type="checkbox"/> Admision de Hospital Psiquiatrico		
Historial de Salud Conductual Adicional:		
Proporcione information adicional sobre hospitalizaciones y medicamentos:		
Situación Actual de Cómo Vive:		
Quién vive en el hogar y cuál es su relación con el paciente:		
Culturales/Etnicas/Consideraciones Espirituales/Identities:		
<input type="checkbox"/> Historia Familiar Desconocida/Niño es Adoptado		
¿El niño o un miembro de la familia tiene antecedentes o diagnósticos previos de:		
	Niño	Familia
ADD/TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno del Espectro Autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo

Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
DMDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno Alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Encopresis/Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Ansiedad Generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno del Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Mania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno Desafiante Opositor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Ataques de Panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Trastorno de Estrés Postraumático/Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Ansiedad por Separación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Ansiedad Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Consumo/Dependencia de Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Tourette's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Historia Médica		
Pediatra: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre/Telefono #:	
Fecha del Último Examen Físico:		
Fecha del Último Examen Dental:		
Fecha del Último Examen de Visión:		
Proveedores de Atención Médica Adicionales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, incluya nombre y números de teléfono:	

¿El niño ha recibido inmunizaciones? Si No

 ¿Están actualizadas las vacunas del niño? Si No

¿Se le ha diagnosticado al Niño o a un Miembro de la Familia:

	Niño	Familia
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Cancer/Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Paralisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Sindrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Infecciones del Oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Fiebre por Encima de 105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas Cardiacos/Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Hidrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Intoxicacion por Ploma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Enfermedad Hepatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Perdida de Conciencia/Lesion en la Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Condicion Musculo esqueletica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Infeccion por Estreptococos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo

Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo

¿El Niño tiene un problema para comer o dormir? (Seleccione todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Comer en exceso <input type="checkbox"/> Comer poco <input type="checkbox"/> Quisquillosa <input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente <input type="checkbox"/> Perdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Se niega a comer <input type="checkbox"/> Vomitos <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Enuresis <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño <input type="checkbox"/> No quiere dormir solo <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Duerme mucho <input type="checkbox"/> Suciedad <input type="checkbox"/> Problemas para permanecer dormido <input type="checkbox"/> Muy inquieto/a por la noche
---	---

¿Cómo describiría el valor nutricional y el balance de la dieta del niño/a? Buena Feria Pobre

Ejemplos de una dieta típica:

Desayuno:

Almuerzo:

Cena:

¿Tiene el niño cualquiera de los siguientes:

Problemas Cognitivos:	Problemas Sensoriales:
<input type="checkbox"/> Falta de juego variado y espontáneo de fantasía <input type="checkbox"/> Patrones restringidos de comportamiento, actividades o intereses <input type="checkbox"/> Patrones repetitivos de comportamiento, interés o actividades <input type="checkbox"/> Preocupación por partes de un objeto <input type="checkbox"/> Preocupación por partes de un objeto <input type="checkbox"/> Intereses intensos/integrales	<input type="checkbox"/> Demasiado sensible a los sonidos <input type="checkbox"/> Otros problemas sensoriales <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación

Historia del Desarrollo

Prenatal/Nacimiento

Salud de la madre durante el embarazo: Buena Feria Pobre Desconocido

Edades de los padres en el momento del nacimiento: Mother: Father:

¿La madre usó alguno de los siguientes durante el embarazo? Si No Desconocido
 Alcohol Cigarellas Marihuana Cocaína/Crack Bebidas de café/Cafeína
 Medicamentos recetados (lista):

¿Alguna complicación médica durante el embarazo? Si No Desconocido
 En caso afirmativo, especifique:

Duración del embarazo: Plazo completo Pretermino tardío (32-36 semanas) Muy pretermino (28-31 semanas)
 Extremadamente premature (menos de 28 semanas) Desconocido

Peso de Nacimiento:

¿Hubo alguna complicación durante o después del parto? (seleccione todos los que correspondan)
 Bebé dado oxígeno Bebé en monitor cardíaco Defectos congénitos Transfusiones de sangre (bebé)
 Entrega asistida por instrumento Parto por cesárea Incubadora Ictericia Erupciones
 Problema para respirar Problemas para comer/digestión Problemas para chupar Muy active
 Muy tranquilo Other:

Desarrollo Temprano:

¿A qué edad comenzó el niño:

Caminar (Meses): _____ Corriendo (Meses): _____
 Hablar (palabras únicas) _____ Entrenamiento del inodoro por día: _____
 Hablando (Sentencias cortas 2+ palabras) _____ Entrenamiento del inodoro por noche: _____

¿El niño puede lanzar una pelota? Si No

¿El niño puede coger una pelota? Si No

Niño no tenía problemas para aprender a sostener un lápiz: Si No

El Niño aprendió fácilmente usar cremallera, amarrar zapatos y botonar ropa: Si No

Durante los primeros tres años de vida, el niño expuso con frecuencia:

Comportamiento propenso a accidentes Evitar abrazarse Cólico Distracción
 Cambios extremos en el estado de ánimo Problemas con los patrones de dormir/caminar
 Problemas de alimentación Falta de coordinación Comportamiento hiperactivo
 Comportamiento inquieto Comportamiento autolesivo Rabietas Golpeando la cabeza
 Sin respuesta a la disciplina

Actividades de Vida Diaria:

Tareas o responsabilidades asignadas: Si No

Tareas/responsabilidades que se están haciendo: Si No

El niño necesita incitación: Si No

Por favor describa:

Realizar el auto cubierto apropiado para el nivel de edad: Si No

El niño necesita incitación: Si No

Por favor describa:

Historial de Consumo de Sustancias/Alcohol

Consumo de Alcohol:

¿El niño bebe alcohol? Si No

Información Adicional/Preocupaciones:

Historial de Tabaquismo:

Estado de Fumar: No fumador Ex-fumador Fumador de puros Mastica tabaco Fumador diario actual
 Fumador empedernido actual Fumador de tabaco ligero actual Fumador de pipa Usuario del snuff

Vapeo: Si No

Otros Fumando en el Hogar: Yes No

Información Adicional/Preocupacione (Incluir otras formas de tabaco (rapé/mascar):

Historia Educativa:

Nivel de grado más alto completado: _____

Grado Actual: _____

Nombre de la escuela que asiste actualmente: _____

Número de escuelas a las que asistió anteriormente: _____

Cuestiones relacionadas con la escuela (Seleccione todo lo que corresponda)

- Plan 504 Avanzó una calificación Problemas académicos Asistencia Comportamiento
- Acoso escolar Detencion Expulsion IEP Retención de grado Tarea
- Discapacidad de aprendizaje Se reunió con el consejero escolar Terapia ocupacional
- Relaciones entre pares Fisioterapia Relación con los profesores Ayuda especial requerida
- Modificaciones escolares Terapia de lenguaje Suspensión (en la escuela)
- Suspensión (fuera de la escuela) Se ha realizado la prueba de psicólogo escolar (UNDD, TDAH, Otros)
- Transporte

Describa e incluya cualquier factor de estrés educativo adicional:

Historia Social Adicional:

¿Qué tan fácil es para el niño hacer amigos? Mas dificil Promedio Mas facil que la media

¿Cómo se lleva el niño con los hermanos? Mas dificil Promedio Mas facil que la media

¿Cuáles son las fortalezas del niño?

Describe las actividades extracurriculares, el empleo y otra información pertinente

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario

Completado: _____ Fecha: _____

Relacion con el Paciente: Propio Padre/Madre Guardian Other: _____