

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## KRIST SAMARITAN COUNSELING CENTER

### Formulario de Historia Clínica del Niño/Adolescente

\* Si está completando esto en nombre del paciente, responda desde la perspectiva del paciente.

#### INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

Por favor, háganos saber quién lo refirió: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarlos para extender un agradecimiento por la referencia? (por favor marque)    SI        NO

¿Desea que compartamos nuestros resultados y recomendaciones con ellos después de nuestra evaluación inicial? (por favor marque)    SI        NO

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto de la persona que lo refirió: \_\_\_\_\_

	Padre / Guardián 1	Padre / Guardián 2
Nomre		
Dirección		
Correo Electronico		
Teléfono de casa		
Celular		
Teléfono de trabajo		

Persona que completa este formulario.: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_

#### QUEJA PRINCIPAL

¿Para qué problemas estás buscando ayuda en este momento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo notaste estos problemas por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Qué cosas notaste por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Fue la aparición repentina o gradual? \_\_\_\_\_

Describe cualquier evento (s) o acción (es) en la vida que usted u otros piensen que podrían haber contribuido a estos problemas (sea lo más detallado posible). \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus metas para el tratamiento / evaluación actual? \_\_\_\_\_

## COMPORTAMIENTO ACTUAL

¿Cuál de las siguientes inquietudes tiene sobre su hijo? (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Si	No
Problemas para llevarse bien con la familia.		
Problemas para llevarse bien con sus compañeros		
Dificultad para hablar con sus compañeros en algunas situaciones		
Dificultad para hablar con adultos no familiares		
Dificultad para entender los chistes.		
Contacto visual deficiente		
Autoconsciente, miedo a la vergüenza, tímido.		
Incómodo socialmente		
Miedo a las situaciones sociales.		
Sensible a las multitudes		
Obstinado		
Desconfiado, sospechoso, secreto.		
Mintiendo, de escondidas		
Discusiones frecuentes		
Opositor / desafiante		
Berrinches, episodios explosivos.		
Actuando violentamente		
Prender fuego a las cosas		
Rompimiento de reglas		
Destrucción de propiedad		
Robando		
Crueldad hacia los animales		
Huyendo		
Comportamiento arriesgado		
Abuso de alcohol		
Abuso de otras sustancias		
Abusar del perpetrador		
Problemas de autoestima		
Inmadurez		
Enojado, Agresivo		

	Si	No
Irritable		
Comportamientos autodestructivos, autoabusivos.		
Habla suicida / pensamientos de suicidio.		
Comportamiento suicida; se ha lastimado o cortado		
Depresión / estado de ánimo deprimido / tristeza		
Episodios de llanto y lagrimas		
Sentirse desesperado, desamparado y / o sin valor		
Pesadumbre / pérdida		
Falta de energía, fatiga.		
Retirado		
Falta de motivación		
No disfrutar de las actividades usuales.		
Dificultad en tomar decisiones		
Dificultad en hacer planes antemano		
Abrumado / estresado		
Sentirse culpable		
Mal humor		
Los estados de ánimo cambian rápidamente		
Cambio de personalidad		
Estado de ánimo excesivamente bueno / grandioso, euforia		
Energía en excesiva		
Poco sueño pero no cansado, menos necesidad de dormir		
Mente constantemente corriendo, vuelo de ideas		
La pérdida del conocimiento		
Alucinaciones, delirios		
Ideas o comportamientos extraños		
Pobre conciencia del tiempo.		
Ansiedad		
Ataques de pánico		
Obsesiones o compulsiones		
Perfeccionismo		
Rígido / inflexible		
Comportamientos repetitivos		
Golpear la cabeza, mecerse		
Recogiendo la piel		
Tirón del pelo		
Se frustra facilmente		
Víctima de abuso historia de trauma		
Preocupado		
Miedo a la hora de acostarse		
Pesadillas		
Tartamudeo		
Vocalizaciones involuntarias.		
Resistencia a la escuela		

	Si	No
Problemas en aprender; problemas de lenguaje		
Dificultad para concentrarse; problemas de memoria; desorganización		
Dificultad para seguir instrucciones		
Dificultad para empezar en las tareas.		
Dificultad para permanecer en una tarea durante mucho tiempo		
Dificultad para terminar un quehacer; dificultad para completar la tarea		
Distractible, se distrae fácilmente.		
Dificultad con las transiciones.		
Dificultad para escuchar		
Impulsividad		
Ataques de energía excesiva; siempre en movimientos; escesivamente inquieto hiperactivo		
Hablador		
falta de discernimiento		
Mala letra		
Tic/Contracciones		
Estado embarazada		
Tuvo un aborto; compañero tuvo un aborto		
Problemas sexuales		
Mareo; convulsiones		
Dolor / quejarse del cuerpo.		
Problemas sensoriales		
Desmayos		
Mojar la cama, ensuciarse		
Aguantar la respiración		
Cambio en los hábitos de sueño; dificultad para dormir		
Cambio en los hábitos alimenticios / apetito; cambios significativos de peso		
Problemas de alimentación; comer en exceso comiendo muy poco desorden alimenticio		
Come pintura, papel, etc.		
Mordiéndose las uñas; chuparse el dedo		
Problemas para ir al baño		
Descoordinado, torpe con las manos, caminar torpe		
Frecuente accidentes urinarios		

Si tiene otras inquietudes que no figuran en la lista anterior, anótelas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si alguno de los comportamientos anteriores fueron problemas importantes que ya han desaparecido,

describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta el grado de deterioro en el niño:

	Ninguna	Leve	Moderado	Marked	Extremadamente
Relaciones familiares					
El rendimiento escolar					
Amistades / relaciones entre compañeros					
Pasatiempos / actividades de juego					
cuidado personal diario					
Salud física					
Hábitos alimenticios					
Hábitos de sueño					

	Normal	Flojo	Preocupado por los problemas
¿Cómo describiría la conciencia de su hijo?			

	De ningún modo	Levemente	Moderado	Extremadamente
En general, ¿qué tan preocupado está por el comportamiento de su hijo en los últimos meses?				

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre los comportamientos actuales de su hijo:

---



---



---

## REVISIÓN DE SISTEMAS

Mire la lista de síntomas físicos a continuación y marque con un círculo los que su hijo haya experimentado en los últimos días. Si NO ha experimentado ningún síntoma en un área, asegúrese de marcar con un círculo la opción "Ninguna de las anteriores" para esa área.

<b>Constitucional</b>		
Dolor crónico	Pérdida de apetito	Aumento del apetito
Pérdida de peso inexplicable	Aumento de peso	Fatiga / letargo
Fiebre inexplicable	Hechizos fríos o calientes	Sudores nocturnos
Interrupción del patrón de sueño	Malestar (similar a la gripe / sensación vaga de enfermedad)	
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Ojos</b>		
Dolor de ojo	Secreción ocular	Enrojecimiento de los ojos
Visión borrosa o doble	Historia de la cirugía ocular	Sensibilidad a la luz
Escotomas (puntos ciegos)	Hemorragia retiniana (flotadores)	Amaurosis fugax (el relleno como una cortina se levanta sobre la visión)
Otro:	Ninguna de las anteriores	

<b>Orejas, nariz, garganta y boca</b>		
Dolor de oídos	Tinnitus (zumbido en los oídos)	Reducción de la audición o la pérdida auditiva
Infecciones frecuentes del oído.	Hemorragias nasales frecuentes	Congestión nasal
Goteo nasal / goteo post-nasal	Dificultad para tragar	Dolor de garganta frecuente
Ronquera prolongada	Dolor en la mandíbula o diente	Boca seca
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Cardiovascular</b>		
Dolor de pecho	Marcapasos	Pies o manos hinchadas
Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o irregulares)	Desmayos	Falta de respiración con ejercicio
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Respiratorio</b>		
Dolor al respirar	Tos crónica	Falta de respiración crónica
Sibilancias crónicas / asma	Flema excesiva	Tos con sangre
Nocturnal Dyspnea (shortness of breath at night)	Otro:	Ninguna de las anteriores
<b>Musculoesquelético</b>		
Hinchazón en las articulaciones	Enrojecimiento de las articulaciones.	Otros dolores en las articulaciones o rigidez
Dolor muscular o calambres	Debilidad muscular	Rigidez muscular
Movimiento limitado o disminuido	Dolor de espalda o rigidez	Historia de las fracturas
Lesiones pasadas a la columna vertebral o articulaciones	Otro:	Ninguna de las anteriores
<b>Gastrointestinal</b>		
Exceso de flatulencia o eructos	Acidez	Cambio en la apariencia de las heces.
Diarrea	Dificultad para tragar sólidos / líquidos.	Sangre en las heces
Estreñimiento	Pérdida reciente en el apetito	Heces oscuras
Náuseas / vómitos persistentes.	Sensibilidad a los productos lácteos.	Pérdida de control intestinal
Dolor abdominal	Ictericia (piel amarilla)	
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Alérgico / Inmunológico</b>		
Infecciones frecuentes	Urticaria	Reacción anafiláctica
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Endocrino</b>		
Síntomas menopáusicos severos	Intolerancia al frío o al calor	Apetito excesivo
Sed excesiva o urinación	Sudoración excesiva	Diabetes
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Hematológico / Linfático</b>		
Coágulos de sangre	Fácil sangrado después de cirugía o trabajo dental	Historia de la transfusión de sangre.
Hematomas excesivos o sangrado		Glándulas inflamadas (cuello, axilas, ingle)
Otro:	Ninguna de las anteriores	

<b>Genitourinario (general)</b>		
Control de la pérdida de orina.	Urinacion dolorosa / ardorosa	Sangre en la orina
Aumento frecuencia de orinar	Hasta más de dos veces por noche para orinar.	Retención de orina
Infección frecuente de orina		
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Genitourinario (mujer)</b>		
Flujo vaginal inusual	Dolor, sangrado, dolor o sequedad vaginal	Llagas genitales
Periodos pesados o irregulares		Sin menstruación (período parado)
Actualmente embarazada	Esterilidad / Infertilidad	Cualquier otra preocupación sexual o de órganos sexuales.
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Genitourinario (hombre)</b>		
Flujo lento de orina	Dolor escrotal	Terrón o masa en los testículos.
Secreción anormal del pene	Problemas para obtener / mantener erecciones	Cualquier otra preocupación sexual o de órganos sexuales
Incapacidad para eyacular / orgasmo		
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Neurológico</b>		
Parálisis	Desmayos o desmayos	Mareo / Vértigo
Somnolencia	Habla confusa	Problemas del hablar (otros)
Problemas con la memoria a corto	Dificultades de memoria (pérdida)	Frecuentes dolores de cabeza
Debilidad muscular	Sensaciones de entumecimiento / hormigueo	Neuropatía (entumecimiento en los pies)
Temblores en manos / temblor	Espasmos musculares o temblores	
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Integumentario (Piel, Pecho y Cabello)</b>		
Lesiones	Lunar inusual	Fácilmente magullado
Aumento de la transpiración.	Erupciones	Piel seca
Picazón en la piel o el cuero cabelludo	Cambios en el cabello o las uñas	Perdida de cabello
Sensibilidad en el pecho	Secreción mamaria	Tumor o masa en el pecho
Otro:	Ninguna de las anteriores	
<b>Psiquiátrico</b>		
La revisión en profundidad del sistema psiquiátrico aparece anteriormente en el documento	Sentirse deprimido	Dificultad para concentrarse
	Fobias / miedos inexplicables.	Ya no hay placer de la vida.
	Ansiedad	Insomnio
Mal humor en excesivo	Estrés	Pensamientos perturbadores
Episodios maníacos	Confusión	Pérdida de memoria
Otro:	Ninguna de las anteriores	

## TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL / HISTORIA DE EVALUACIÓN

¿Ha recibido su hijo alguna de las siguientes terapias en privado o en la escuela? (Por favor marque todos los que apliquen.)

Tratamiento	Fechas Aprox.	Paciente interno/ ¿Paciente externo?	Proveedor / nombre de la facilidad e información de contacto	Razones por ir	Progreso notado
___ Tratamiento psiquiátrico					

<input type="checkbox"/> Tratamiento psicológico					
<input type="checkbox"/> Asesoramiento					
<input type="checkbox"/> Terapia de grupo					
<input type="checkbox"/> Terapia familiar					
<input type="checkbox"/> Intervenciones conductuales					
<input type="checkbox"/> Evaluación Neuro					
<input type="checkbox"/> Terapia física					
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional					
<input type="checkbox"/> Terapia de hablar y lenguaje					
<input type="checkbox"/> Otro:					

¿Alguna vez su hijo ha tenido alguna de las siguientes evaluaciones / evaluaciones realizadas en forma privada o en la escuela? (Marque todas las que correspondan). SI ES APLICABLE, FAVOR DE PRESENTAR EL INFORME PREVIO (S) A SU CITA.

Tipo de evaluación	Fechas Aprox.	Paciente interno/ ¿Paciente externo?	Proveedor / nombre de la facilidad e información de contacto	Razones por ir	Progreso notado
<input type="checkbox"/> Aprendizaje / Académico / IQ					
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico					
<input type="checkbox"/> Psicológico					
<input type="checkbox"/> De desarrollo					
<input type="checkbox"/> Físico					
<input type="checkbox"/> Neuropsicológico					
<input type="checkbox"/> Ocupacional					
<input type="checkbox"/> Habla y lenguaje					
<input type="checkbox"/> Audiología					



__ Neurológico (por ejemplo, MRI, tomografía computarizada, EEG, etc.)					
__ Otro:					

¿Alguna vez le han dado a su hijo alguno de los siguientes diagnósticos? (Por favor marque todos los que apliquen).

Condición	Fecha Aprox.	¿A qué edad se diagnosticó por primera vez?	Comentarios
ADHD/ADD			
Ansiedad			
Trastorno del procesamiento auditivo			
Trastorno del espectro autista / Asperger			
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo			
Depresión			
Retraso en el desarrollo			
La discapacidad auditiva			
Discapacidad de aprendizaje			
Trastorno del aprendizaje no verbal (NVLD)			
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)			
Desorden desafiante oposicional (ODD)			
Trastorno generalizado del desarrollo (PDD)			
Mutismo selectivo			
Condición	Fecha Aprox.	¿A qué edad se diagnosticó por primera vez?	Comentarios
Procesamiento sensorial / trastorno de integración			
Trastorno de Tourette			
Discapacidad visual			
Otro:			
Otro:			
Otro:			

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre el historial de evaluación / tratamiento de salud mental de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

	Si	No
¿Ha tomado alguna vez su hijo algún medicamento para tratamiento psiquiátrico?		

Si la respuesta es SÍ, complete la tabla a continuación lo mejor de tu conocimiento.

Nombre del medicamento	Dosis	Cuánto tiempo? (meses)	Fecha final	Efecto terapéutico	Efectos secundarios	Razon por Dejar tomar

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del pediatra / médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desea que nos comuniquemos con el pediatra / médico de atención primaria de su hijo? SI NO

¿Cuál fue la fecha del último examen físico de su hijo? \_\_\_\_\_

Fue hecho un trabajo de sangre? SI NO

	Pobre	Razonable	Bueno	Excelente
La condición física actual de su hijo es:				

Marque si su hijo ha experimentado alguna de las siguientes condiciones o si se queja de alguna de las siguientes condiciones. (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Si	No		Si	No
No problemas			Problemas menstruales		
			Mononucleosis (mono)		
Achaques			Sarampión		
Adenoidectomía			Paperas		
Anemia			Náusea		
Asma			Entumecimiento en las extremidades		
Aparatos ortopédicos u otros aparatos de ortodoncia.			Obesidad		
Bronquitis			Dolor al orinar		
Dolor de pecho			Palpitaciones		
Varicela			PCOS		
Constipación crónica			Trauma físico		
Manos / pies fríos			Neumonía		
Intolerante al frío			Envenenamiento		
Coma			Rubéola		
Concusión			Rubeola		
Deformidades			Convulsiones		
Diabetes			Infecciones de los senos		
Respiración dificultosa			Problemas de la piel		
Mareos			Problemas para dormir		
Infecciones del oído			Dolores de estómago		
Tubos en el oído			Problemas estomacales		
Encefalitis			Faringitis estreptocócica		
Falta de crecimiento			Tordo		
Enrojecimiento			Problema de tiroides		
Resfriados frecuentes			Cansancio		
Fiebre frecuente			Amigdalectomía		
Dolores de cabeza frecuentes			Problemas para escuchar		
Condición gastrointestinal			Problemas con la visión		
Condición genética (por ejemplo, PKU, célula falciforme)			Vómito		
	Si	No		Si	No
Lesión en la cabeza que requiere atención médica.			Debilidad		
Defectos del corazón			Tos ferina		
Intolerante al calor			Problemas de movimiento (tics, movimientos repetitivos, etc.)		
Pérdida de consciencia					
Meningitis			Otro:		

Describe cualquiera de las condiciones marcadas anteriormente (incluida la edad del niño cuando ocurrió la condición, el incidente o la enfermedad, y la frecuencia con la que ocurren las quejas, cuando corresponda): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

	Sí/No	En caso afirmativo, describa (incluyendo la edad del niño y las razones del procedimiento, cuando corresponda).
¿Está su hijo actualmente bajo tratamiento por alguna de las condiciones mencionadas anteriormente?		
¿Su hijo ha experimentado alguna otra lesión que no se haya mencionado anteriormente?		
¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?		
¿Su hijo ha tenido alguna vez cirugías u operaciones?		
¿Ha tenido su hijo alguna vez una evaluación neurológica (por ejemplo, un examen, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, un EEG)?		

Enumere y describa cualquier otro diagnóstico o condición médica actual o pasada.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos actuales y anteriores de su hijo que se tomaron durante más de un mes (incluidos los medicamentos recetados y los de venta libre):

Nombre de la medicación	Dosis	Razón para tomar	Efectos principales (si los hay)	Efectos secundarios (si los hay)	Prescriber

	Si	No	No aplica
¿Su hijo sigue el régimen de medicación?			

Enumere todos los suplementos actuales del niño (por ejemplo, vitaminas) o terapias alternativas / a base de hierbas:

Nombre del suplemento o terapia.	Dosis	Razón para tomar

¿Su hijo tiene problemas de visión o de los ojos? SI NO

En caso SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa lentes? SI NO

En caso SI, ¿por qué razón(es)?: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de visión.: \_\_\_\_\_

Resultados del último examen de visión: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún problema de audición?? SI NO

En caso SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Lleva su hijo un aparato del oído? SI NO

En caso SI, ¿por qué razón(es)?: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de audición: \_\_\_\_\_

Resultados del último examen de audición: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna alergia conocida a medicamentos, alimentos, animales, etc.? SI NO

En caso SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Están las vacunas de su hijo actualizados? SI NO

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre la salud física y / o el historial médico de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA DE MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO

N / A (circule si no es aplicable)

¿A qué edad comenzó su menstruación su hija? \_\_\_\_\_

¿Cuál de estos describe mejor tus síntomas premenstruales? (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Si	No		Si	No
Ninguno de esos			Cambio de apetito		
			Inflada/Hinchada		
Disforia			Sueño perturbado		
Calambres			Otro:		
Humor cambiadizo			Otro:		

¿Tiene su hijo un método anticonceptivo? (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Si	No		Si	No
No hay método anticonceptivo.			Barrera (por ejemplo, diafragma, condón masculino / femenino, espermicida)		
Intrauterino (por ejemplo, DIU)			Basado en el conocimiento de la fertilidad (por ejemplo, planificación familiar natural)		
Hormonales (por ejemplo, implante, inyección, "la píldora", parche, anillo anticonceptivo vaginal hormonal)			Permanente (por ejemplo, esterilización masculina / femenina, infertilidad)		
			Otro:		

¿Ha estado su hija embarazada alguna vez? \_\_\_\_\_

Si es SI, cuantas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha dado a luz su hija? \_\_\_\_\_

Si es SI, cuantas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hija abortos involuntarios? \_\_\_\_\_

Si es SI, cuantas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún aborto? \_\_\_\_\_

Si es SI, cuantas veces? \_\_\_\_\_

## SALUD MENTAL FAMILIAR / HISTORIA SOCIAL

Tenga en cuenta si alguno de los miembros de la familia de su hijo ha experimentado y / o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes. (Por favor marque todos los que apliquen.)

Condición	Miembro(s) de la familia	Materno or Paternal?
Depresión		M P
Trastorno bipolar / maníaco-depresivo		M P
Suicidio (intentado o completado)		M P
Anxiety		M P
Ansiedad		M P
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)		M P
Síndrome de Tourette / Tic Disorder		M P
Autism Spectrum / Asperger's / PDD		M P
Estereotipo de "profesor de mente ausente"		M P

Retrasos en el desarrollo / MR / IDD		M	P
TDAH / Dificultades de Atención		M	P
Condición	Miembros de la familia)	Materno or Paternal?	
Hiperactividad (especialmente cuando niño)		M	P
Esquizofrenia		M	P
Psicosis o problemas de pensamiento		M	P
Discapacidades de aprendizaje / dificultades		M	P
Trastorno de lectura / dislexia		M	P
Retenido en la escuela		M	P
Educación especial		M	P
Problemas del habla (especialmente cuando niño)		M	P
Enuresis / Retención del movimiento intestinal		M	P
Comportamientos agresivos o violentos.		M	P
Temperamento errático; los estados de ánimo cambian rápidamente		M	P
Abuso físico o sexual		M	P
Abuso de alcohol / dependencia		M	P
Abuso / dependencia de otras sustancias		M	P
Dificultades sociales		M	P
Problemas para mantener un trabajo		M	P
Problemas legales / problemas o contacto con la policía.		M	P
Con frecuencia en problemas como un niño / adolescente		M	P
Psicoterapia ambulatoria		M	P
Tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados.		M	P
Otro:		M	P

Si se comprobó alguno de los anteriores, describa brevemente: \_\_\_\_\_

---



---

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre salud mental familiar y / o historial social:

---



---



---

## HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Tenga en cuenta si alguno de los miembros de la familia de su hijo ha experimentado y / o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes. (Por favor marque todos los que apliquen.)

Condición	Miembro(s) de la familia	Materno or Paternal?
Defectos de nacimiento		M P
Problemas de sangre		M P
Enfermedad cerebral		M P
Cancer		M P
Diabetes		M P
Trastornos de la alimentación		M P
Problemas gastrointestinales		M P
Problemas para oír		M P
Problemas del ritmo cardiaco		M P
Hospitalizaciones		M P
Problemas de riñon		M P
Problemas de hígado		M P
Problemas de movimiento (por ejemplo, lento para caminar)		M P
Neurofibromatosis		M P
Trastornos neurológicos / problemas		M P
Otros problemas del corazón		M P
Convulsiones		M P
Problemas en hablar (por ejemplo, lentitud para hablar)		M P
Muerte cardíaca súbita (menores de 60 años)		M P
Muerte súbita inexplicable (menores de 60 años)		M P
Enfermedad de tiroides		M P
Problemas visuales		M P
Problemas relacionados con el peso.		M P
Otro:		M P

Si se comprobó alguno de los anteriores, describa brevemente: \_\_\_\_\_

---

---

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre salud mental familiar y / o historial social:

---

---

---



## DESARROLLO PRENATAL Y HISTORIA DE NACIMIENTO

Por favor, seleccione todos los que se aplican al desarrollo prenatal de su hijo:

	Si	No
La madre tuvo cuidado prenatal durante el embarazo con el niño.		
El niño fue concebido a través de la fertilización in vitro.		
La madre recibió medicamentos para aumentar la fertilidad.		
El niño fue un parto múltiple.		
La madre tuvo embarazos previos. Si es así, ¿cuántos? _____		

Número de ecografías durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier hallazgo anormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque cualquiera de las siguientes complicaciones experimentadas por la madre durante el embarazo con el niño.

	Si	No		Si	No
Ninguno de esos			Infección(es)		
			Herida		
Anemia			Preeclampsia		
Sangrando			Labor prematura		
Enfermedad crónica			Incompatibilidad de HR		
Vómitos excesivos.			Cirugía		
Sarampión alemán			Casi abortado		
Alta presión			Toxemia		
Otro:			Otro:		

Por favor describa cualquiera de las complicaciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento recetado a la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Usó la madre alguno de los siguientes durante el embarazo? (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Si	No		Si	No
Ninguno de esos			Drogas recreativas		
			Medicamentos recetados)		
Cafeína			Tratamiento médico aparte del cuidado rutina prenatal		
Tabaco					
Alcohol			Otro:		

Describa los elementos seleccionados anteriormente (incluidos los tipos y la frecuencia de uso): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si la madre tuvo alguna restricción dietética durante el embarazo, por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edad de los padres en el momento del parto.: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró el parto (es decir, cuántas horas desde las primeras contracciones hasta el nacimiento)? \_\_\_\_\_ hours

¿Estaba la madre bajo anestesia durante el parto?

	Si	No
No		
Local		
Espinal		
General		

Nació el niño:

A tiempo	Temprano	Tarde

Si es temprano o tarde, por cuántos días?

\_\_\_\_\_

¿Cuánto pesaba el bebé en el momento del parto? \_\_\_\_\_ pounds \_\_\_\_\_ ounces

Era el bebe normalmente activo? SI NO

¿Cuál fue la puntuación APGAR del bebé?? 1 minuto: \_\_\_\_\_ 5 minutos: \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de los siguientes artículos que pertenecieron al niño durante el parto y después del parto.

	Si	No		Si	No
Ninguno de esos			Inducido		
			Ictérico		
Color Abnormal			Parto natural		
El bebé no lloró de inmediato			Necesitaba un respirador		
Defecto de nacimiento			Oxígeno recibido		
Parto de nalgas			Fototerapia recibida		
Cesárea			Transfusiones recibidas		

Cuerda envuelta alrededor del cuello			Convulsiones		
Dificultad en respirar			Uso de pinzas		
Sufrimiento fetal			Otro:		

Por favor describa cualquier complicación adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Dónde nació el bebé? \_\_\_\_\_ En el hospital \_\_\_\_\_ En Casa Otro: \_\_\_\_\_

Si el bebé nació en un hospital, ¿cuántos días estuvo el bebé en el hospital después del parto? \_\_\_\_\_ días

Si el bebé nació en un hospital, ¿la madre y el bebé abandonaron el hospital juntos? SI NO

Si la respuesta es NO, indique el motivo: \_\_\_\_\_

Después del nacimiento, ¿se quedó el bebé en:

	Si	No
N/A		
Cuarto de bien para bebés		
Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)		
Otro: _____		

Describa cualquier problema médico que su hijo haya tenido en los primeros días / semanas de vida \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguno de los padres tuvo problemas importantes para adaptarse después del parto (incluso si la madre tuvo problemas de depresión)? SI NO

Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was the child adopted? SI NO

If SI, please answer the following:

¿Cuántos años tenía el niño cuando se colocó bajo el cuidado de los padres adoptivos? \_\_\_\_\_

Por favor describa brevemente el ambiente de pre-adopción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa brevemente las circunstancias de la adopción: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta cualquier información adicional importante sobre el desarrollo prenatal o el historial de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DEL DESARROLLO

Marque cualquiera de los siguientes artículos que describen la infancia, la niñez y / o el preescolar de su hijo:

	Si	No		Si	No
Bebe activo			Falla en florecer		
Anemia			Miedos / fobias		
Asma			Comer con dificultad		
Mal olor de pie			Dolores de crecimiento		
Mojar la cama			Hiperactividad		
Congestion cronica			Ictericia		
Estreñimiento			Cojear		
Convulsiones			Pesadillas		
Dermatitis seborreica infantil. (condicion de piel)			No se calma al ser sostenido; difícil de consolar		
Desafiante					
Erupción de pañal			Pobre control muscular		
Diarrea			Pobre tono muscular		
No disfrutò de abrazos			Mal estado de los dientes		
Difícil de calmar			Poco aumento de peso		
Dificultad para masticar			Problemas sensoriales		
Dificultad para dormir			Rígido		
Dificultad para chupar			Dolores de estómago		
Desconectado socialmente			Temblores		
Eccema o psoriasis			No muy responsivo		
Berrinches excesivos			Muy sudoroso		
Excesivamente irritable			Verrugas		
Excesivamente inquieto			Otro:		

Era el bebé (marque todo lo que corresponda):

	Si	No		Si	No
Mucho cólicos			Alimentado con biberón		
Amamantado			En una dieta especial		

Si es SI a algún artículo de arriba, por favor describa y especifique cuánto tiempo para cada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe cualquier otro problema de alimentación (por ejemplo, sensibilidades, texturas, reflujo, resistencia, dificultad para tragar, babeo, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Era su hijo un "bebé fácil" que no lloraba con facilidad y era flexible?

Si, mucho asi	Si, muy fácil	Probablemente por encima de la media	No, bastante difícil	No, extremadamente difícil

Cuando su hijo era un bebé, ¿cómo estuvo él / ella con otras personas?

Por encima del promedio	Muy cauteloso con los extraños, muy molesto si se mantiene o se deja con otros	Indiferente a los extraños, no reacciona si se sostiene o se deja con otros

¿Era su hijo un bebé / niño pequeño activo?

Baja energía, normalmente tranquila e inactiva.	No muy activo	Sobre la media	Bastante activo	Extremadamente inquieto y activo, en todo.

Cuando era un bebé / niño pequeño, ¿qué tan insistente era su hijo cuando quería algo?

No insistente en absoluto	No muy insistente	Sobre la media	Algun tanto insistente	Muy insistente