

## Información principal

Nombre: \_\_\_\_\_, Sexo: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De etnia, raza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_, City: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_, Condado, \_\_\_\_\_, Zip: \_\_\_\_\_

Números de teléfono:

Casa: \_\_\_\_\_, Trabajo: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_

Referida por: \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Emergencia número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_)

Escuela / empleador: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Información de la compañía de seguros

Nombre del asegurador:

\_\_\_\_\_

Numero de miembro: \_\_\_\_\_

Número de autorización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del asegurador: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Email de compañía de seguro:

\_\_\_\_\_

Información del niño

Nombre: \_\_\_\_\_, edad: \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_,

Etnia: \_\_\_\_\_, raza: \_\_\_\_\_,

Dirección: \_\_\_\_\_, City: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_, Condado, \_\_\_\_\_, Zip: \_\_\_\_\_ correo \_\_\_\_\_

Números de teléfono:

Home: \_\_\_\_\_, Trabajo: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_

Referida de: \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Emergencia número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_)

Estado civil: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela / empleador:

\_\_\_\_\_

Coordinación de la atención:

\_\_\_\_\_ Del médico de atención primaria; Número de teléfono de \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Número de teléfono

Calle \_\_\_\_\_; City \_\_\_\_\_; Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_

Terapeuta/psicólogo \_\_\_\_\_; Número de teléfono de \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Número de teléfono

Calle \_\_\_\_\_; City \_\_\_\_\_; Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con información de recomendación de mi hijo diagnóstico y el tratamiento a mi compañía de seguros para la coordinación de atención y facturación:

Sí \_\_\_ no \_\_\_

Estoy de acuerdo en liberar información de recomendación de tratamiento a mi proveedor de atención primaria para la coordinación de la atención y diagnóstico de mi hijo:

No sí \_\_\_\_ \_\_\_\_

Estoy de acuerdo en liberar información de recomendación de tratamiento a mi terapeuta/psicólogo para la coordinación de la atención y diagnóstico de mi hijo: si \_\_\_\_, no \_\_\_\_

### Información de salud mental:

Describa la principal razón que buscan atención de salud mental para su hijo:

---

---

---

Edad primero buscó atención psicológica y psiquiátrica y la razón:

---

---

---

### Historial médico

¿Su hijo tiene cualquier exposición a las sustancias siguientes durante el embarazo?

<b>Factores intrauterinos</b>	<b>Trimestre</b>	<b>Sospechosos y confirmados de causalidad</b>
Embarazo planificado		
Exposición de cocaína		
Exposición de anfetamina		
Exposición de marihuana		
Exposición de alcohol		
Exposición de tabaco		
Exposición de opiáceo		

**Hubo que algún problema durante semanas inmediatamente siguiendo el nacimiento**

<b>Para natal</b>	<b>Gravedad</b>
Fototerapia	1 2 3 4 5
Transfusión	1 2 3 4 5
NICU	1 2 3 4 5
Alimentación	1 2 3 4 5

**Factores del desarrollo**

<b>Hitos de desarrollo</b>	<b>Edad alcanzó el hito</b>	<b>En su opinión si fue tarde, a tiempo o temprano</b>
Durmió por la noche		
Se elevo la cabeza		
Rastreado		
Gestos usados para hablar		
Hablo' con jerga de bebé		
Habló con dos palabras reales		
Habló con frases		
Caminó		
Se aceptó afección		
WC capacitado		

Indique si padece alguna de las siguientes condiciones, actual o pasado un círculo y un número, del 1 al 5 para indicar la gravedad del círculo. 1 es leve, 3 es moderado, 5 es de gravedad.

Enfermedades infecciosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Alergias	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad pulmonar y asma	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Diabetes	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad de la tiroides	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Infarto de miocardio	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Hipertensión	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad hepática	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Cáncer	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Traza	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Traumatismo craneal	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Incautaciones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Asfixia y ahogamiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de la conciencia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dolores de cabeza	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de la memoria	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Trastorno neurológico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Sangrado y hematomas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Disfunción sexual	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Embarazo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Menopausia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad renal	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dolor crónico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Menstrual excesivo sangrado y dolor	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Condición o procedimiento ginecológico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Afección de la piel	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Procedimientos quirúrgicos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

### Alergias de medicamentos:

---



---

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente para enfermedad médica:

---



---

### Familia historia psiquiátrica

Indique la relación de sangre entre miembros de su familia con una afección psiquiátrica como sigue:

Relativo de grado primero: hijo biológico o padre; relativo de grado segundo, primo, tío, tía, sobrina, sobrino

Atención psiquiátrica	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno de ansiedad	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno depresivo	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Manic depresión o trastorno Bipolar	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Esquizofrenia	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno psicótico	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Déficit de atención y desorden de hiperactividad	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastornos del aprendizaje	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Retraso mental	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno autista	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Abuso de sustancias	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Hospitalización psiquiátrica	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno alimenticio	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Narcolepsia	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Alteración del sueño	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Intento de homicidio	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Intento de suicidio	Materna / paterna	grado primero / grado 2

**Historia social Del cliente:**

Highest degree of education obtained:

---

---

Problemas legales y circunstancias:

---

Principal fuente de estrés:

---

---

Experiencias negativas: abuso físico o sexual, violencia doméstica, trauma, pérdida:

---

---

Personales fortalezas y debilidades:

---

---

Metas y aspiraciones personales/espera / sueña:

---

---

Cuestiones espirituales y religiosos orientación/culturales

---

---

## Consideraciones de historia social de la infancia

Social	Cuando	Gravedad
divorcio	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
estilos de disciplina diferente entre cuidadores	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
uso de otras drogas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
separación	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
rendimiento escolar deficiente	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
embarazos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
alto grado de conflictos familiares	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
asistencia a la escuela pobre	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
encarcelamiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
el conflicto entre los cuidadores	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Suspensiones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
libertad condicional	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
violencia doméstica	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Detenciones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
pocos amigos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
testigos de la violencia doméstica	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
uso de alcohol	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
amigos peligrosos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
peleas de hermanos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
uso de la marihuana	Actual y anteriores	1 2 3 4 5





Historial psiquiátrico continuado:

Sírvase indicar si es actual, pasado o ambos.

Indique la frecuencia con la siguiente escala:

Casi nunca (1); A veces (3); Casi siempre (5)

<b>Síntomas de la depresión</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Estado de ánimo depresivo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de placer	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Soledad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Disminución del apetito	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Incremento del apetito	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Falta de concentración	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Llorando hechizos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos suicidas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos de homicidio	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Aislamiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Irritabilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de peso	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Aumento de peso	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ira	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de la manía</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Aumento de energía	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos de carreras	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Intervención rápida	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dormir menos de cuatro horas por noche	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Euforia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Invencibilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Irritabilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ira	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Arrebato violento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Impulsividad sexual	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

Impulsividad financiera	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Cambios de humor	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de ansiedad</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Excesivo preocupante	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Rigidez muscular	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ataques de pánico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Evitar cosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Temores no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Rituales no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Hábitos no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dilaciones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de la psicosis</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Escuchar voces	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ver las cosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Paranoia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Poderes especiales	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Noticias de TV, Radio, comunica a usted o sobre usted personalmente	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas conductuales</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Desobedientes en la escuela	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Desobediente en casa	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Rabietas más de 5 minutos de duración	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de TDAH</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Demasiado activo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Constantemente en	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

movimiento		
Constantemente hablando	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Interrumpir constantemente	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Molesta a sus compañeros	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Molesta a los adultos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Constantemente distraído	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Olvidadizo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Desatento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5