

**LA APLICACION PARA EL SERVICIO – NIÑO SECUNDARIO**

El propósito de esta aplicación es de obtener un retrato ancho de su niño. En la psicoterapia o aconsejar, los registros son necesarios desde que ellos permiten que un más completo tratando con un problemas. Completando estas preguntas, como completamente y tan exactamente como usted puede, usted facilitará a su niño' terapia/aconsejando de s. Usted es solicitado para contestar estas preguntas rutinarias en su propio tiempo, así que podemos hacer mejor uso de su tiempo verdadero de terapia/aconsejando. Es entendible que usted quizás se preocupe por lo que sucede a la información acerca de su niño porque mucho o toda la información es sumamente personal. Los registros del caso son estrictamente confidenciales y son protegidos como especificado por la ley.

Nombre de niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de negocio de madre/Buscapersonas \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de negocio de padre/Buscapersonas \_\_\_\_\_

Seguridad Social del niño \_\_\_\_\_ **Name of School Attending** \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

La persona para notificar en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

Teléfono/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de negocio de madre/Buscapersonas \_\_\_\_\_

Ocupación de Madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Nivel de Educación \_\_\_\_\_

Ocupación de Padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Nivel de Educación \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FAMILIA / HISTORIA PSICOSOCIAL**

El Estado Corriente de la Familia (compruebe como apropiado)

Parientes:  Casado \_\_\_\_\_(fecha)  Divorciado \_\_\_\_\_(fecha)  Separado \_\_\_\_\_(fecha)

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

Madre: \_\_Nacimiento \_\_Adoptivo Edad\_\_ Padre: \_\_Nacimiento \_\_Adoptivo Edad\_\_

Vuelto a casarse a \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Vuelto a casarse a \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Puericultura y acuerdos de visitación: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive el niño? \_\_\_\_\_

Describe la relación de su niño con su:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Madrastra: \_\_\_\_\_

Padrastra: \_\_\_\_\_

Por favor dé el nombre y años de cualquier hermano, las hermanas, los hermanastros y/o las hermanastras (si no

viven en la casa del niño, indique donde ellos residen \_\_\_\_\_

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

Describa la relación de su niño con cada uno de sus hermanos, hermanas, hermanastros y/o hermanastras. \_\_\_\_\_

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

**FAMILIA HISTORIA MEDICA:**

Ya que muchas dificultades psicológicas pueden ser bajo la influencia de ambiente de familia o genética, por favor indique alguno psicológico, alcohol/medicina, intentos de suicidio, o dificultades médicas experimentadas por otros miembros de la familia de su niño:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Niños \_\_\_\_\_

Tías/tíos \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE REMISIÓN**

¿Fue mandado su niño por alguien? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Si sí, quién? \_\_\_\_\_

Por favor indique por qué usted solicita servicios para su niño, el tipo de dificultades que ella/él experimenta, cuando las dificultades comenzaron, y que tan serio usted lo considera. \_\_\_\_\_

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

**HISTORIA MÉDICA**

Nombre del Médico del Niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La dirección del médico: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño alergias? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si sí, qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique alguno y todas las medicaciones y dosis que su niño toma ahora.

<u>Medicación</u>	<u>Dosis</u>	<u>Fecha de principio</u>	<u>M.D. Prescribing</u>
-------------------	--------------	---------------------------	-------------------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Tiene ahora su niño, o ha tenido alguna vez ella/él, alguna enfermedad física o quejas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Naturaleza de Queja                      Edad de acontecimiento                      Dificultad pasada o presente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Fuma/mastica ella/él el tabaco? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si sí, cantidad/día \_\_\_\_\_

¿Bebe ella/él el alcohol? \_\_\_ Sí \_\_\_ No                      ¿Si sí, cuánto? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Usa ella/él medicinas ilícitas o abusa de medicaciones? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Si sí, cuáles? ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### ANTERIOR PSICOLÓGICO/TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

#### TRATAMIENTO DE HOSPITALIZADO

<u>Hospital</u>	<u>Fecha</u>	<u>Razón</u>	<u>Resultado</u>
-----------------	--------------	--------------	------------------

#### TRATAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA

<u>Hospital</u>	<u>Fecha</u>	<u>Razón</u>	<u>Resultado</u>
-----------------	--------------	--------------	------------------

#### MEDICACIONES ANTERIORES

<u>Medicación / Dosis</u>	<u>Fecha</u>	<u>Respuesta</u>
---------------------------	--------------	------------------

### HISTORIA DEL DESARROLLO

#### I. EMBARAZO/TEMPRANA HISTORIA DEL DESARROLLO:

A. Embarazo

1. Longitud de Embarazo (semanas)\_\_\_\_\_
2. Complicaciones con embarazo (es decir enfermedad, trauma):\_\_\_\_\_
3. Las medicaciones tomadas durante el embarazo (escriben a máquina/ascienden\_\_\_\_\_
4. El uso de medicina/alcohol durante el embarazo (escribe a máquina/asciende \_\_\_\_\_
5. Fumar durante embarazo (cantidad/día) \_\_\_\_\_

B. Labor/Delivery

1. Labor:            \_\_\_Espontáneo            \_\_\_Inducida            Duración (hrs.):\_\_\_
2. Delivery:        \_\_\_Normal            \_\_\_ Trasero            \_\_\_ Cesárea
3. Complicaciones de trabajo/entrega (p.ej prolongado, anoxia):\_\_\_\_\_
4. Peso de nacimiento:\_\_\_\_\_ APGAR:\_\_\_\_\_ Días en hospital \_\_\_\_\_
5. El estado de salud del niño en nacimiento y primer mes después de nacimiento :\_\_\_\_\_

C. Información del Desarrollo

1. (Edad) Crawled:\_\_\_\_\_ Camino:\_\_\_\_\_ Hablo:\_\_\_\_\_ (oraciones simples)  
Servicio Entrenado:\_\_\_\_\_ Destetado (bottled/breast-circle un):\_\_\_\_\_
2. Inicio de puberty: \_\_\_\_\_
3. Otros Jalones Significativos del Desarrollo:\_\_\_\_\_
4. Historia o Enuresis (cama wetting): Desde cuando): Edad:\_\_\_\_\_Desde cuando:\_\_\_\_\_
5. History of Encopresis (soiling): Edad:\_\_\_\_\_ Desde cuando:\_\_\_\_\_
6. Problemas de alimentación : \_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
7. Perturbaciones de sueño:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
8. Problemas de audiciencia/visión:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_

II. **HISTORIA MÉDICA**

- A. Las enfermedades (incluyen enfermedades infantiles habituales y declara la edad del acontecimiento)

---

---

B. Los accidentes/Heridas (también declaran la edad del acontecimiento): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Las operaciones/Hospitalización (dan la razón y la edad del acontecimiento) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Heridas Delanteras:  con desmayo Edad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
 sin desmayo \_ Edad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E. Convulsiones:  con fiebre  sin fiebre

Detalles: \_\_\_\_\_

F. Abuso (físico, sexual, emocional, verbal, abandono/abandono)  Sí  No

¿Si sí, por quien? \_\_\_\_\_ ? Duración: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

G. Estado de Salud Corriente : \_\_\_\_\_

### III. INFORMACIÓN PERSONAL SOCIAL

A. El Nivel de Actividad del Niño y Temperamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Relaciones Sociales / Relaciones de Par

1. Grado y Calidad de Amistades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Actividades Preferidas con Pares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Disciplina

1. Comandante Caretaker: \_\_\_\_\_ Vigilar Arreglos : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Método de Disciplina: (Madre) \_\_\_\_\_ (Padre) \_\_\_\_\_

3. La Respuesta del Niño a Corrección.: \_\_\_\_\_

D. Recompensas/Incentivos Eficaces: \_\_\_\_\_

### IV. HISTORIA EDUCATIVA

A. Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Presente lo más Alto Nivel de Grado Alcanzado \_\_\_\_\_

B. Historia Escolar

1. La edad comenzó el 1r grado: \_\_\_\_\_

- 2. Comenzado: cuidado de día infantil\_\_\_ Jardín de infantes\_\_\_ Jardín de infancia \_\_\_
- 3. Asistencia Regular/Irregular y Razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4. Nivel (es) de Grado Retenido/Avanzado en y Razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5. El tipo de la Colocación (compruebe uno o varios): Clase Regular \_\_\_ Educación Especial \_\_\_  
Honores\_\_\_ Eestudio a domicilio\_\_\_
- 6. La Clasificación Oficial Escolar (compruebe todo que se aplica): LD or ADHD\_\_\_ MR\_\_\_  
Audiencia perjudicada\_\_\_\_\_ ED\_\_\_\_\_ Persona corta de vista \_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

**C. Interpretación Escolar**

- 1. Grados presentes recibidos:\_\_\_\_\_ Grados Pasados Recibidos :\_\_\_\_\_
- 2. Indicaciones de Aprendizaje Especial de Problemas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3. Historia de Pruebas Educativas (Cuando, por Quien, y Resultados): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4. Comportamiento escolar : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ponga cualquier otro comentario o ideas que usted tiene que puede ser provechoso al curso de la terapia de su niño \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de Padre or Guardia

Fecha

A fin de obtener un cuadro completo de todas las cosas que pueden ser de la preocupación a usted, por favor complete la lista de comprobación siguiente.

Compruebe cualquiera de las cajas de las preocupaciones siguientes que se aplican a usted y tasan su severidad en el en blanco en el derecho, usando la escala siguiente:

1 = Penando Ligeramente

- 2 = Moderado
- 3 = Grave
- 4 = Severo
- 5 = Muy penando severamente

El ejemplo:  Problemas de Familia 3

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Familia ___                   | <input type="checkbox"/> Holgazanea/tarda ___           | <input type="checkbox"/> Dificultades de discurso ___       |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de relación ___            | <input type="checkbox"/> Ensueños ___                   | <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje ___    |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela ___                | <input type="checkbox"/> En exceso dependiente ___      | <input type="checkbox"/> Arrebatos de carácter ___          |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud ___                     | <input type="checkbox"/> Triste/deprimido ___           | <input type="checkbox"/> Rehusar grados escolares ___       |
| <input type="checkbox"/> Problemas legales ___                      | <input type="checkbox"/> Abusa medicinas ___            | <input type="checkbox"/> Conflictos con pares ___           |
| <input type="checkbox"/> Hace amenazas verbales ___                 | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito ___          | <input type="checkbox"/> Vista negative de futuro ___       |
| <input type="checkbox"/> Destruye propiedad ___                     | <input type="checkbox"/> Perdida de peso insólita ___   | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas ___          |
| <input type="checkbox"/> <b>Sets fires</b> ___                      | <input type="checkbox"/> Ganancia de peso insólita ___  | <input type="checkbox"/> Se siente solo ___                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Fights with others</b> ___              | <input type="checkbox"/> <b>Binge Easting</b> ___       | <input type="checkbox"/> Ningún interés en cosas ___        |
| <input type="checkbox"/> Temeroso/deseoso ___                       | <input type="checkbox"/> <b>Soiling</b> ___             | <input type="checkbox"/> <b>Feelings easily hurt</b> ___    |
| <input type="checkbox"/> Exigencia de la atención ___               | <input type="checkbox"/> <b>Bed wetting</b> ___         | <input type="checkbox"/> <b>Lacks normal energy</b> ___     |
| <input type="checkbox"/> Retirado/aislado ___                       | <input type="checkbox"/> Mentiras con frecuencia ___    | <input type="checkbox"/> <b>Poor self-esteem</b> ___        |
| <input type="checkbox"/> Desobediente ___                           | <input type="checkbox"/> Fuga ___                       | <input type="checkbox"/> <b>Skipping school</b> ___         |
| <input type="checkbox"/> Desafía autoridades ___                    | <input type="checkbox"/> Pesadillas ___                 | <input type="checkbox"/> Víctima de abuso físico/sexual ___ |
| <input type="checkbox"/> <b>Poor concentration/distractible</b> ___ | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño ___         | <input type="checkbox"/> Cambio rápido de humores ___       |
| <input type="checkbox"/> Demasiado activo/agitado ___               | <input type="checkbox"/> Conflictos con padres ___      | <input type="checkbox"/> Roba ___                           |
| <input type="checkbox"/> Conflictos con hermanos ___                | <input type="checkbox"/> Comportamiento autoabusivo ___ | <input type="checkbox"/> Preocupacions en exceso ___        |
| <input type="checkbox"/> <b>Cries easily/whines</b> ___             | <input type="checkbox"/> Timidez excesiva ___           | <input type="checkbox"/> Crítico de otros ___               |
| <input type="checkbox"/> Se queja a menudo                          | <input type="checkbox"/> Nervioso/tenso ___             | <input type="checkbox"/> Otro ___                           |

Ponga cualquier otro comentario en una lista o ideas que usted tiene que puede ser provechoso al curso de su terapia:

---

---

---

Firma

Fecha

**EL CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LOS SERVICIOS -- NIÑO SECUNDARIO**

Esto reconocerá y certificará que en la fecha notada abajo, yo solicité Ayuda de Empleado el programa atiende a favor de mi niño. Entiendo que en el plan del programa del tratamiento se aplicará para encontrar las metas que se han desarrollado colectivamente por yo mismo y por el consejero/terapeuta.

Entiendo aún más que mis registros de niño son confidenciales y son protegidos por la ley. En la mayoría del los casos, ellos no pueden ser liberados sin mi consentimiento escrito previo. He sido informado eso allí son alguna confidencialidad limitada de excepciones incluyendo, pero no limitado a, cuando (un) una vida-la situación amenazante existe (el suicidio o el homicidio); (b) hay una sospecha fuerte del abuso de niño ocurrir en el hogar; (c) hay la participación en un criminal que avanza como un acusado, la víctima o presencia.

Reconozco aún más que en la orden para las metas del tratamiento para ser logrado, seré mi responsabilidad de sostener activamente y para cooperar con el proceso del tratamiento. Si yo no estoy en el acuerdo con cualquier aspecto del proceso, yo se lo traeré a la atención de mi niño's consejero/terapeuta. Entiendo que soy libre retirar a mi niño del tratamiento en tiempo.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La firma de Guardián Padre/Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La firma de Testigo