



The Northwest Catholic Counseling Center

Sirviendo a todos sin importar la fe o las finanzas

Historia sicosocial de niños y adolescentes

Fecha _____

N° de cliente _____

Office use only (para uso oficial)

Por favor suministre la siguiente información para su niño/a o adolescente. La misma será tratada con los mismos estándares de confidencialidad que la terapia.

Nombre del niño/a o adolescente _____
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección _____

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Género: Femenino Masculino Transgénico Género neutro

¿Su niño/a o adolescente se identifica como LGBTQ? Si No

¿Cuál es la identificación étnica de su niño/a o adolescente?:

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o africano Americano

Hispano o latino Multiétnico Nativo Hawaiano o Islas del Pacífico Blanco

Persona completando el formulario _____

Relación con el niño/a o adolescente _____

Nombre de la madre _____

¿Cuál es el mejor N° para contactarla? (c) (h) _____

¿Nos permite dejarle un mensaje? Si No

Nombre del padre _____

¿Cuál es el mejor N° para contactarlo? (c) (h) _____

¿Nos permite dejarle un mensaje? Si No

Para recordarle de sus citas podemos enviarle un mensaje de texto, correo electrónico o llamada.

¿A quién le debemos enviar la notificación y por qué medio?

¿A quién?: _____ ¿Cómo?: _____

Sigue al reverso

Office use only: (uso oficial)

Entered in FM Entered in TH

Información legal

¿Quién tiene la custodia o es el guardián? _____
(Tal vez le pidan la copia del poder de custodia)

Padrastro o madrastra (si aplica) _____

Como padres, padrastro o madrastra, ¿están envueltos en algún procedimiento legal tal como divorcio, disputas de custodia, etc? Si No

Si respondió que Si, por favor explique _____

Su niño/a ha estado involucrado en el sistema legal? Si No

Si respondió que Si, por favor explique _____

Historia Médica, Sicológica, de desarrollo

Enumere alguna complicación o problemas de embarazo. _____

Describa alguna historia significativa médica, de desarrollo de su niño/a o adolescente incluyendo hospitalizaciones (médicas o siquiátricas), pérdidas significativas, y períodos viviendo con figuras de apego.

Su niño/a o adolescente, ¿ha sufrido algún evento traumático? _____

Su niño/a o adolescente, ¿ha expresado alguna vez el deseo de cometer suicidio o ha intentado suicidarse?

Explique: _____

Su niño/a ¿ha tenido terapia previamente? Si No

Si respondió que sí, ¿con quién y cuándo? _____

¿Tiene alguna preocupación referente a su niño/a o adolescente y el uso de alcohol o drogas? _____

Su niño/a o adolescente, ¿tiene alguna discapacidad definida como considerablemente limitante de movimiento, sensorial, social, laboral, o de actividades de aprendizaje? No Si

¿Está documentado? No Si

Nombre del pediatra. _____

¿Cuándo fue la última vez que su niño/a o adolescente visitó al pediatra? _____

Su niño/a o adolescente, ¿toma algún medicamento? Sí No

Si respondió sí, por favor anote todos los medicamentos y sus dosis.

Medicinas	Dosis
_____	_____
_____	_____

Mencione cualquier alergia: _____

Alguien en su familia, (ya sea familia directa o parientes) ¿han tenido dificultades con alguna de las siguientes? Marque cualquiera que aplique e indique qué miembro de la familia fue afectado (hermanos, padres, tío, etc).

- Depresión _____
- Ansiedad _____
- Esquizofrenia _____
- Trastorno de la alimentación _____
- Trauma _____
- Bipolar _____
- Ataques de pánico _____
- Abuso de sustancias o alcohol _____
- Intentos de suicidio _____

Información Socio-educacional

Nombres y edades de otros niños/as viviendo en el hogar.

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor describa la interacción de su niño/a o adolescente con otros miembros de la familia. _____

¿Hay algún factor que cause estrés en la familia (financiero, matrimonial, de su grupo de pares, etc) que esté afectando a su niño/a?

Si No

Si respondió que sí, por favor explique. _____

Escuela: _____

Grado: _____

Por favor describa el desempeño académico de su niño/a o adolescente. _____

Por favor describa la interacción social de su niño/a o adolescente en la escuela. _____

Enumere los hobbies, deportes, música, programas de televisión, juguetes preferidos, etc. _____

¿De qué manera se maneja la disciplina en el hogar? _____

Describa las fortalezas de su niño/a o adolescente. _____

Preocupaciones y síntomas

¿Cuáles son las preocupaciones específicas con su niño/a o adolescente que lo han traído a terapia?

¿Cuáles son sus metas para la terapia de su niño/a o adolescente? _____

¿Hay alguna información adicional que usted cree que pueda ayudar al terapeuta a entender mejor a su niño/a?

Por favor marque aquellos comportamientos o síntomas que le ocurren a su niño/a o adolescente con más frecuencia de lo que usted quisiera que ocurran.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Comportamiento oposicional |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Pestañear, sacudirse | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Intimida, amenaza | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Descuidado, imprudente | <input type="checkbox"/> Fobias |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Poco apetito |
| <input type="checkbox"/> Torpe | <input type="checkbox"/> Peleador, discutiador |
| <input type="checkbox"/> Adicción con las redes
cibernéticas | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Desafiante | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación |
| <input type="checkbox"/> Destructivo | <input type="checkbox"/> Prende fuegos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el habla | <input type="checkbox"/> Actúa de manera sexual, demostraciones
sexuales |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Se enferma frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la alimentación | <input type="checkbox"/> Corto período de atención |
| <input type="checkbox"/> Masturbación excesiva | <input type="checkbox"/> Tímido |
| <input type="checkbox"/> Espera o anticipa fracasar | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Movimientos lentos |
| <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Se ensucia (materia fecal) |
| <input type="checkbox"/> Lesiones frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Roba |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago |
| <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza | <input type="checkbox"/> Amenazas suicidas |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Contesta (impertinente) |
| <input type="checkbox"/> Astita a los animales | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes |
| <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo pulgar |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Tics o espasmos |
| <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Comportamientos inseguros, peligrosos |
| <input type="checkbox"/> Perezoso | <input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Miente con frecuencia | <input type="checkbox"/> Retirado, retraído |
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desordenado | |

Nombre del cliente _____