



Cuestionario de la Historia Social/Desarrollo

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado Escolar: _____ Grados retenidos: _____

Con quien vive el niño/a actualmente: _____

Quien esta llenando esta forma: _____ Relacion al niño/a: _____

MIEMBROS DE FAMILIA

Relación	Nombre	Edad/Genero	Género	Ocupación/ Grado Escolar	Vive dentro del hogar? Sí o no?
Padre					
Padrastrros					
Madre					
Padrastrros					
Hermano/a					
Hermano/a					
Hermano/a					
Hermano/a					

Algun otro adulto que vive en el hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relacion: _____

Si los padres estan separados o divorciados, por favor describa el horario de visita o el plan de coparentalidad:

Describa conflictos significantes entre los padres:

La razon que el niño/a fue referido a buscar un consejero:

Citas de consejeria anteriores (fechas/nombre de terapeuta):

HISTORIA DEL DESARROLLO

Embarazo de Mama:

Enfermedad o complicaciones? Sí / No

Fumo? Sí / No

Uso alcohol o drogas? Sí / No

Tomo medicamento? Sí / No

Cesaria? Sí / No

Parto Prematuro? Sí / No

Si es así, edad gestacional al momento del parto: _____

Duracion de la hospitalización después del parto: _____

Cuales de las siguientes estuvieron presentes en la infancia del niño/a? Porfavor de marcar todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No disfruto los abrazos | <input type="checkbox"/> Dificil de consolar | <input type="checkbox"/> Infecciones del oido |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para comer | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Golpes de cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sueño excesivo |
| <input type="checkbox"/> Exigente/Pegajoso | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Colicos |

Fue adoptado/a? _____ A que edad? _____ De que pais? _____

Describe lo que sabe sobre la atencion recibida antes de la adopcion? _____

Antecedentes importantes de problemas de aprendizaje o comportamiento en el hogar o la escuela? _____

HISTORIAL MEDICO

Cualquier enfermedad infantil? Sí / No Describala aqui: _____

Hospitalizaciones / Operaciones? Sí / No _____

Heridas en la cabeza? Sí / No _____

Problemas con los ojos? Sí / No _____

Alergias? Sí / No _____

CONDICIONES MEDICAS ACTUALES

Condiciones/Preocupaciones: _____

Medicamentos Actuales/ Razones(s): _____

Que medico recetó: _____ Numero de telefono #: _____

PREOCUPACIONES ACTUALES

Por favor de marcar cualquiera de la lista que corresponde a su hijo/a:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leyendo | <input type="checkbox"/> Escribiendo | <input type="checkbox"/> No hace caso |
| <input type="checkbox"/> Destruyendo propiedad | <input type="checkbox"/> Orina la cama | <input type="checkbox"/> Olvida facilmente |
| <input type="checkbox"/> Temor de la escuela | <input type="checkbox"/> Comprensión | <input type="checkbox"/> Mala higiene |
| <input type="checkbox"/> Distraido Facilmente | <input type="checkbox"/> Facilmente Frustrado | <input type="checkbox"/> Se ensucia en la ropa |
| <input type="checkbox"/> Matematicas | <input type="checkbox"/> Berrinches | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Accidentes frecuentes | <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Habla Demasiado |
| <input type="checkbox"/> Mala respuesta a la disciplina | <input type="checkbox"/> Desorganizado | <input type="checkbox"/> Cambios de Humor |
| <input type="checkbox"/> Malas relaciones con compañeros | | |

Que tipo de disciplina usa: _____

La respuesta del niño/a a la disciplina: _____

Los intereses o talentos del niño/a: _____

Perdidas/cambios recientes en el hogar: _____

Hay historia de drogas/alcohol/ enfermedades mentales en la familia?(describalo): _____

Cualquier otra informacion que seria util: _____

OBSERVACIONES DE LOS PADRES Y LISTA DE SINTOMAS:

Nombre de niño/a: _____

Edad: _____

Nombre de Papas: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Conducta	Ninguno	Templado	Moderado	Severo
Mal control de los impulsos				
Agresion hacia los demas (Fisica/verbal)				
Inapropiadamente exigente y pegajoso/a				
Comportamieno engañoso/a (mentiroso, estafador)				
Problemas con el sueño				
Hiperactividad				
Preguntas sin sentido, charla constante				
Dificultad con la novedad y el cambio				
Se percibe a si misma como victima(indefensa)				
Muestras intensas de ira(berrinches que no se pueden calmar)				
Frecuentemente triste, deprimido/a, sin esperanza				
Cambios de humor extremos				
Falta de contacto visual				
No tolera limites o control externo				
Falta de confianza en los demas				
Manipulador/a, controlador/a, mandon/a				
Falta de remordimiento o conciencia				
No le gusta que lo/a toquen				
Propenso/a a accidentes				
Mala higiene				
Aprovechado con otros y busca venganza				
Culpa a otros por sus errores y problemas				
Sin compañeros estables de su edad				
Indiscriminadamente cariñoso con extraños				
Poca auto estima				
No parece escuchar cuando se le habla directamente				
Victima de otros				
Problemas en las escuela y para aprender				
No piensa en la causa y efecto de sus acciones				
Cruel con los animales				
Actitudes y conductas sexuales inapropiadas				
Preocupacion u obsesion por objetos				
Frecuentemente desafia las reglas (oposicion)				
Habitos alimenticios anormales				
Destruccion de propiedad				
Irresponsable consistentemente				
Robar-Le gusta tomar cosas que no le pertenecen				
Inusualmente temeroso				
Sentido grandioso de autoimportancia / derecho				
Falta de habilidades para organizar y planificar				
Otra:				