

# Formulario de evaluación infantil **CONFIDENCIAL**

Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: / / \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grados retenidos: \_\_\_\_\_

Quien esta llenando esta forma: \_\_\_\_\_ Relacion al niño/a: \_\_\_\_\_

Con quien vive el niño/a actualmente: \_\_\_\_\_

## MIEMBROS DE FAMILIA

Relación	Nombre	Edad	Género	Ocupación/ Grado Escolar	Vive dentro del hogar?Y/N
Padre					
Padrastrros					
Madre					
Padrastrros					
Hermano/a					
Hermano/a					
Hermano/a					
Hermano/a					

## ALGUN OTRO ADULTO QUE VIVE EN EL HOGAR:

Nombre	Edad	Relacion

## HISTORIA

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

---

---

Describe 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?	SI	NO	Cesaria?	SI	NO
Fumo?	SI	NO	Parto Prematuro?	SI	NO
Uso alcohol o drogas?	SI	NO	Si es así, edad gestacional al momento del parto:	<hr/>	
Tomo medicamento?	SI	NO	Duracion de la hospitalización después del parto:	<hr/>	

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

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

Fue adoptado/a? SI NO

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

<b>Cualquier enfermedad infantil?</b>	SI NO	<b>Describala aqui:</b>
<hr/>		
<hr/>		
<b>Hospitalizaciones / Operaciones?</b>	SI NO	<b>Describala aqui:</b>
<hr/>		
<hr/>		
<b>Heridas en la cabeza?</b>	SI NO	<b>Describala aqui:</b>
<hr/>		
<b>Problemas con los ojos?</b>	SI NO	<b>Describala aqui:</b>
<hr/>		
<b>Alergias?</b>	SI NO	<b>Describala aqui:</b>
<hr/>		

## 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="radio"/> Leyendo	<input type="radio"/> Mala respuesta a la disciplina	<input type="radio"/> Agresivo	<input type="radio"/> Se ensucia en la ropa
<input type="radio"/> Destruyendo propiedad	<input type="radio"/> Escribiendo	<input type="radio"/> Desorganizado	<input type="radio"/> Uso de alcohol/drogas
<input type="radio"/> Temor de la escuela	<input type="radio"/> Orina la cama	<input type="radio"/> No hace caso	<input type="radio"/> Habla Demasiado
<input type="radio"/> Distruido Facilmente	<input type="radio"/> Comprensión	<input type="radio"/> Olvida facilmente	<input type="radio"/> Cambios de Humor
<input type="radio"/> Matematicas	<input type="radio"/> Facilmente Frustrado	<input type="radio"/> Mala higiene	
<input type="radio"/> Accidentes frecuentes	<input type="radio"/> Berrinches	<input type="radio"/> 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)				
Frequentemente 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				
Frequentemente 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				