

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN PARA EL PADRE O TUTOR

Complete este formulario con su mayor habilidad. El terapeuta del cliente revisará y clarificará las respuestas.

Nombre de quien completa este formulario:		Relación con el cliente:	
Nombre del cliente:		Fecha de nacimiento:	
¿Está el cliente bajo el cuidado de un orfanato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> En el pasado		Motivos: _____ Si ha estado bajo el cuidado de un orfanato en el pasado, ¿cuándo y durante cuánto tiempo? _____	
Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca se casaron			
Si los padres del cliente están divorciados, ¿quién tiene la custodia legal? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre de la madre:		Apellido de soltera:	
Número de teléfono (casa/celular):		Número de teléfono (trabajo):	
Nombre del padre:		Dirección:	
Número de teléfono (casa/celular):		Número de teléfono (trabajo):	

1. MOTIVO PARA LA CONSULTA DEL CLIENTE

Describa brevemente el problema principal por el cual pide ayuda para este cliente.

2. HISTORIA DE SALUD MENTAL DEL CLIENTE

¿Ha consultado el cliente a un psiquiatra o terapeuta alguna vez? No Sí

¿Por qué problemas o diagnósticos? _____

Indique la fecha de la consulta y la información para contactar al profesional que consultaron.

¿Ha hecho el cliente algo de esto alguna vez?

¿Ha tenido pensamientos (verbales, escritos, etc.) de matarse o lastimarse? No Sí. Fechas: _____

¿Ha intentado suicidarse? No Sí. Fechas: _____ Métodos: _____

¿Se ha lastimado o hecho daño a propósito? No Sí. Fechas: _____ Métodos: _____

Responda lo siguiente acerca del cliente.

¿Tiene problemas para expresarse? No Sí

¿Se niega a hablar en ocasiones? No Sí

¿Se obsesiona con cosas? No Sí

¿No se identifica con su propio sexo? No Sí

¿Ha recibido el cliente medicamentos psiquiátricos recetados por un profesional de la salud? No Sí

Nombre del medicamento:	¿Fecha?	¿Efectos negativos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____
-------------------------	---------	--

Nombre del medicamento:	¿Fecha?	¿Efectos negativos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____
-------------------------	---------	--

Nombre del medicamento:	¿Fecha?	¿Efectos negativos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____
-------------------------	---------	--

¿Ha tenido el cliente un examen psicológico alguna vez? No Sí

¿Cuál fue el motivo del examen?

Indique la fecha y el lugar donde se hizo el examen.

✓ Proporcione una lista de los nombres de los exámenes que se le administraron al cliente (si sabe) y/o **traiga una copia del informe del examen psicológico a la próxima consulta.** _____

3. INFORMACIÓN SOBRE LA HISTORIA FAMILIAR

Proporcione información sobre los hermanos del cliente, incluyendo el nombre, la edad y el sexo.

Nombre	Edad	Sexo	Relación	Nombre	Edad	Sexo	Relación
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Medio hermano <input type="checkbox"/> Hermanastro

¿El cliente es adoptado? No Sí. Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____

Complete la siguiente información sobre **la salud mental de la familia de origen** y el tratamiento.

Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Suicidio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de atención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Depresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Depresión maníaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hospitalizaciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Medicamentos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Terapia/asesoramiento de la salud mental	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

4. HISTORIA DEL DESARROLLO DEL CLIENTE

Complete la siguiente información sobre el **embarazo de la madre biológica**.

Atención prenatal insuficiente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	La madre tenía problemas emocionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La madre fumaba	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	La madre estaba expuesta al humo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La madre consumía cafeína	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	La madre era víctima de violencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La madre consumía drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	La madre tenía problemas de salud	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La madre tomaba medicamentos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	La madre fue hospitalizada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La madre tuvo un accidente/lesión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otro: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Complete la siguiente información sobre el **nacimiento del cliente**.

Fue prematuro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Tardó en llorar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Parto complicado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Recibió oxígeno o una transfusión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Parto normal, cesárea o asistido con fórceps	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Estuvo en una incubadora	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tuvo sufrimiento fetal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Permaneció en el hospital después de que la madre se fue a casa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Indique si el cliente experimentó algún tipo de **retraso o problema con las siguientes etapas del desarrollo o crecimiento**.

Mantener la cabeza levantada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Control de esfínteres	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aprender a formar vínculos emocionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Alimentarse con una cuchara	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aprender a sentarse erguido sin ayuda	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Atarse/amarrarse los cordones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aprender a gatear	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Vestirse solo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dormir toda la noche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Escribir su nombre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aprender a caminar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Poder hacer amigos o llevarse bien con otros	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aprender a hablar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otro: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Indique si el cliente ha experimentado algo de lo siguiente alguna vez.

Abuso físico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuándo? _____
Descuido (por ej., falta de alimentación, vivienda, ropa)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuándo? _____
Abuso o acoso sexual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuándo? _____
Abuso emocional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuándo? _____
Fue testigo de violencia doméstica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuándo? _____

5. HISTORIA ESCOLAR DEL CLIENTE

¿En qué grado está el cliente en la actualidad? Preescolar K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Indique si el cliente ha recibido o actualmente recibe alguno de los siguientes **servicios de apoyo en la escuela**.

Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Fisioterapia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Atención en sala especial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Asesoramiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Clases particulares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Adaptaciones para los exámenes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Educación individualizada (por ej., con un maestro asistente)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____
Otro: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Grado? _____

¿El cliente tiene un programa de educación individualizado (IEP) o Plan 504?

No Sí. *Si respondió que sí, recuerde traer una copia del IEP a la próxima consulta.*

6. CONDUCTAS PELIGROSAS DEL CLIENTE

Indique si el cliente ha participado alguna vez en alguna de estas conductas peligrosas.

¿Ha formado parte de una pandilla?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Ha enviado mensajes sexuales por teléfono?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha usado armas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Ha conducido de forma peligrosa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido relaciones sexuales con/sin protección?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otro: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

7. HISTORIA CLÍNICA DEL CLIENTE

Nombre del <i>pediatra/médico</i> del cliente:	Ciudad:
Número de teléfono del consultorio del pediatra:	Fecha del último examen físico:
¿Tiene un <i>dentista</i> al que consulta regularmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha del último examen dental:

¿Ha tenido alguna de las siguientes **condiciones médicas**?

Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas/dificultades para comer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Presión alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Embarazo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de audición	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Asma, rinitis alérgica, urticaria, sarpullido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alergias: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas en la espalda, los músculos o las articulaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cirugías/enfermedades graves/accidentes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis, ictericia o problemas del hígado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Episodios de epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de coordinación o equilibrio corporal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dolores de cabeza frecuentes o fuertes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otra: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿Está tomando **medicación por alguno de los problemas** mencionados? No Sí

Nombre del medicamento:	¿Cuál es la enfermedad por la que toma el medicamento?
1)	
2)	
3)	

¿Ha sido **hospitalizado** el cliente alguna vez? No Sí. Si la respuesta es sí, ¿cuál fue el motivo? _____

¿Tiene **las vacunas** al día? No Sí

¿Ha tenido el cliente alguna de las siguientes **enfermedades transmisibles**?

Varicela	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Poliomielitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Rubéola	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Paperas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sarampión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otra: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Parásitos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Muchas gracias por completar el formulario.

Use la parte de atrás de esta hoja para agregar otra información relevante sobre el cliente.