

Rock Bridge Psychological Associates, LLC

5440 Lawrenceville Hwy.
Lilburn, Georgia 30047

M. Carmen Santana, Ph.D.
Licensed Psychologist

Arlene Noriega, Ph.D.
Licensed Psychologist

CUESTIONARIO PARA PADRES HISTORIA DEL NIÑO/A

Por favor use esta forma para ofrecernos información sobre su hijo/a. Para poder ayudarlos es importante que nosotros contemos con suficiente información sobre su niño/a. Todo lo que usted revele aquí es estrictamente confidencial y la información será utilizada por la Dra. Santana para el diagnóstico y tratamiento de su hijo/a. Esta información no será compartida con nadie sin el consentimiento escrito de los padres.

Completado por: _____
Relación con el niño/a: _____

Parte 1 Información general

Nombre del niño/a: _____ Sexo M F

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Dirección donde vive el niño: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
¿Donde nació el niño/a?: _____

¿Quien lo refirió a la Dra. Santana? _____ ¿Por que lo refirieron? _____

¿Tiene compañía privada de Seguro? _____ # grupo: _____ # Póliza _____
¿Tiene Medicaid? _____ # _____

¿En cual escuela esta el niño?: _____ Grado: _____
Dirección de la escuela: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfonos: _____
Fax: _____

Nombre de los padres:
Madre: _____
Teléfonos: _____

Padre: _____
Teléfonos: _____

Estado civil de los padres:

Casados ___ Divorciados ___ Separados ___ Unión libre ___ Padres solteros ___

¿Con quien vive el niño/a? padre ___ madre ___ ambos ___ Padrastro ___ Madrastra ___
otro familiar ___ ¿Quien? _____

¿Quien cuida al niño/a la mayor parte del tiempo? _____

¿Quién tiene la custodia legal del niño/a? _____

¿Qué idioma habla el niño/a fundamentalmente? _____

¿Es el niño/a bilingüe? Si ___ No ___

¿Que le preocupa concretamente de su hijo/a? _____

¿Ha sido el niño/a evaluado anteriormente por este problema? _____

¿Donde? _____

¿Por quien? _____

¿Cuándo fue que noto el problema por primera vez y quien lo noto? _____

¿Que se ha hecho al respecto? (¿Se lo ha comentado al pediatra, lo ha hablado con los maestros?)

¿Cual fue el resultado?

¿Ha sido su hijo diagnosticado con un problema de desarrollo u otro tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico? Si ___ NO ___

¿Cual?

¿Donde ocurre el problema? ¿En casa? ___ ¿E n la escuela? ___ Otros _____

¿Cuáles son algunas de las conductas que usted observa que le hacen pensar que el niño/a tiene un problema? _____

¿Tiene usted otras preocupaciones sobre su hijo/a? ___ ¿Cuáles? _____

PARTE 2: Información Familiar

Por favor escriba el nombre de las personas que viven en la casa con su hijo/a:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación con el niño/a</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Anos de educación completados</u>

Datos de los padres si no viven con el niño/a:

Edad de la madre _____ Ocupación _____
 Nivel educacional _____

Edad del padre _____ Ocupación _____
 Nivel educacional _____

Estado civil de los padres:

Soltero/a _____ Viudo _____ Unión libre _____ Casados _____ Separados _____
 Divorciados _____ Otro _____

¿Si están separados o divorciados, que edad tenia el niño/a cuando los padres se separaron?

¿Cuál es el sistema de visitas?

¿Existe algún problema con las visitas? Si existe problemas con las visitas por favor describa brevemente _____

¿Alguno de los padres se ha vuelto a casar?

Madre: Si _____ No _____ ¿Que edad tenia el niño/a?

Datos del padrastro si no viven con el niño/a:

Nombre del padrastro _____
 Edad _____ Ocupación _____
 Nivel educacional _____

Padre: Si _____ No _____ ¿Que edad tenia el niño/a?

Datos de la madrastra si no viven con el niño/a

Nombre de la madrastra: _____
 Edad _____ Ocupación _____
 Nivel educacional _____

Total de hermanos/as: _____

Total de medios hermanos: _____

Por favor nombre a todas las personas importantes en la vida del niño/a (padres, abuelos, hermanos, tío/as):

Nombre	Edad	Relación	Donde vive

Historia Medica Familiar

Por favor díganos si alguien en la familia ha padecido de alguno de estos problemas:

Condición	Relación con el niño/a
_____ Retraso mental	_____
_____ Problemas de aprendizaje	_____
_____ Alcoholismo	_____
_____ Ansiedad	_____
_____ Drogas	_____
_____ Trastorno bipolar	_____
_____ Depresión	_____
_____ Enfermedad seria	_____
_____ Suicide	_____
_____ Esquizofrenia	_____
_____ Hiperactividad y déficit de atención	_____
_____ Defectos de nacimiento	_____
_____ Epilepsia	_____
_____ Parálisis cerebral	_____

_____ TB _____

Otros problemas médicos que pueden ser relevantes al problema actual del niño/a: _____

Historia Social:

¿Es el niño/a adoptado? NO ___ Si ___ ¿Tiene relación con los padres biológicos? No ___ SI ___

De que tipo: _____

¿Qué sabe usted de la historia anterior del niño/a? _____

¿Se ha separado su hijo/a de alguno de los padres?

No ___ Si ___

1. ¿Con quien ha vivido? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Por qué razones? Económicas ___ Hospitalizaciones ___ Enfermedades de los padres ___

Trabajo ___ Viajes al extranjero ___

Otras: _____

2. ¿Con quien ha vivido? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Por qué razones? Económicas ___ Hospitalizaciones ___ Enfermedades de los padres ___

Trabajo ___ Viajes al extranjero ___

Otras: _____

3. ¿Con quien ha vivido? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Por qué razones? Económicas ___ Hospitalizaciones ___ Enfermedades de los padres ___

Trabajo ___ Viajes al extranjero ___

Otras: _____

¿Existen otras situaciones estresantes en la familia? No ___ Si ___ ¿Cuáles?

¿Ha estado el niño/a en custodia del departamento de familia (DFCS)? NO ___ SI ___

¿Por qué? _____

¿Por cuánto tiempo ha estado el niño/a viviendo en la casa actual? _____

Historia de Inmigración:

¿Por cuánto tiempo han vivido los padres en US? _____

¿Por cuánto tiempo han vivido los padres en Georgia? _____

País de origen de los padres: _____

Razones por las que dejaron su país de origen: _____

¿Vino toda la familia junta a los EU? SI ___ NO ___

¿Por qué tiempo estuvieron separados del niño/a? _____ ¿Con quien se quedo el niño/a? _____

¿Cuándo cada miembro de la familia llego a los EU?

Nombre: _____ año: _____

Nombre: _____ año: _____

Nombre: _____ año: _____

Nombre: _____ año: _____

Nombre: _____ año: _____

PARTE III: Historia prenatal

Esta información esta relacionada con la historia de salud de la madre durante el embarazo del niño/a. Es muy importante contar con esta información para realizar la evaluación de su hijo/a.

¿Utilizo algún tipo de medicación durante el embarazo? No ___ Si ___ ¿Cuándo? _____
 _____ ¿Cuales?
 _____ ¿Por
 que? _____

¿Uso tabaco/cigarrillos durante el embarazo? No ___ Si ___ ¿Por que tiempo? _____

¿Uso alcohol durante el embarazo? No ___ Si ___ ¿Por que tiempo? _____

¿Uso drogas durante el embarazo? No ___ Si ___ ¿Cuáles? _____

¿Por que tiempo? _____

¿Tomaba Café durante el embarazo? No ___ Si ___ ¿Por que tiempo? _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

Durante el embarazo, ¿Tenia la madre de buena salud? SI NO ¿Por qué? _____

¿Tomo la mama alguna medicación? NO SI ¿Cual? _____

¿La mama uso alcohol, tabaco u otras drogas? NO SI _____

¿El niño nació en tiempo normal o fue prematuro? _____

Si fue prematuro ¿a que tiempo nació? _____

Complicaciones durante el embarazo: _____

¿Cuánto peso al nacer? _____

¿Utilizaron algún procedimiento especial durante el parto? NO SI _____

¿Cual fue el Apgar? _____

De bebe, ¿era un muy irritable? NO SI

De bebe, ¿era un muy despierto? NO SI

De bebe, ¿le gustaba que lo cargaran NO SI

HISTORIA MÉDICA DEL NINO

Indique si su hijo padeció de algunas de estas condiciones médicas y a que edad le ocurrió:

Alergia _____ mareos _____ Fiebres altas _____ Cansancio/flojeras _____

Anemia _____ Dolores de cabeza _____ Asma _____ Desmayos _____
 Diabetes _____ Encefalitis _____ Golpes en la cabeza _____ Epilepsia/convulsiones _____
 Problemas de la visión _____ Meningitis _____ Problemas de audición _____
 Problemas del lenguaje y del habla _____ Fracturas de huesos _____
 ¿Ha recibido el niño alguna operación grande?

¿Esta tomando el niño alguna medicación?

¿Ha recibido el niño algún tipo de diagnostico?

ETAPAS DEL SDESARROLLO

¿A que edad su hijo.....?

Gateo _____

Camino _____

Dijo las primeras palabras _____

Conecto más de dos palabras _____

Comio por si solo _____

Se quito la ropa solo _____

Se vistio solo _____

Dejo los panales _____

BEHAVIOR CHECKLIST (a llenar por el terapeuta)

Which of the following are problems? Check all that apply, and indicate the age when the problem began.

- Fidgets
- Difficulty remaining seated
- Easily distracted
- Difficulty awaiting his turn
- Blurts out the answer before the question is finished
- Difficulty following instructions
- Difficulty sustaining attention
- Shifts from one activity to another
- Difficulty playing quietly
- Talks excessively
- Often interrupts/intrudes
- Often does not listen
- Often loses things
- Often engages in physically dangerous activities
- Often loses temper
- Often argues with adults
- Often actively defies or refuses adults requests or rules
- Deliberately does things that annoy others
- Blames others for own mistakes
- Touchy or easily annoyed by others

- Often angry or resentful
- Spiteful or vindictive
- Swears or uses obscene language
- Stolen (without confrontation)
- Stolen (with confrontation)
- Run away from home overnight at least twice
- Lies often
- Deliberate fire-setting
- Often truant
- Breaking and entering
- Destroys others' property
- Cruel to animals
- Forced someone into sexual activity
- Used a weapon in a fight
- Often initiates physical fights
- Physically cruel to people
- Unrealistic and persistent worry about possible harm to parents or others
- Unrealistic and persistent worry that a calamitous event will separate the child from parents or others
- Persistent school refusal
- Persistent refusal to sleep alone
- Persistent avoidance of being alone
- Repeated nightmares about separation
- Somatic complaints
- Excessive distress when away from parents or home
- Unrealistic worry about future events
- Unrealistic concern about past behavior
- Unrealistic concern about competence
- Somatic complaints
- Marked self consciousness
- Excessive need for reassurance
- Marked inability to relax
- Depressed or irritable mood most of the day, nearly every day
- Depressed or irritable mood most of the day for a year
- Diminished pleasure in activities
- Decrease or increase in appetite
- Insomnia or hypersomnia
- Psychomotor agitation or retardation
- Fatigue or loss of energy
- Feelings of worthlessness
- Feelings of guilt
- Diminished ability to concentrate
- Difficulty making decisions
- Low self esteem
- Suicidal ideation or attempt
- Feelings of hopelessness
- Stereotyped mannerisms
- Odd postures
- Odd reaction to noise (overreacts or does not seem to hear)
- Overreacts to touch
- Ritual or rigid behavior

- Motor Tics
- Vocal Tics
- Loose thinking –
- Bizarre ideas or preoccupation
- Disoriented, confused or spacey
- Incoherent speech
- Excessive/inappropriate emotional responses
- Explosive temper with minimal provocation
- Excessive clinging, attachment of dependence on adults
- Unusual fears
- Strange aversions
- Panic attacks
- Constricted or bland affect (emotional expression)
- Situationally inappropriate emotions
- Little or no interest in peers
- Indiscreet remarks for age
- Initiates or terminates interactions inappropriately
- Qualitatively abnormal social behavior
- Excessive reactions to changes in routine
- Abnormal speech
- Self mutilation

TIME LINE – para cada edad senale si su hijo estaba en guarderia o en escuela o en la casa. Indique si hubo algun evento traumatico o significativo en la vida del nino ya sea positivo o negativo. Indique si hubo alguna enfermedad importante.

Edad	Escuela/Guardería	Trauma/ Cambio	Enfermedad
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17+			

Actividades

¿Cuales son las actividades favoritas de su hijo?

1. _____
2. _____

3. _____

4. _____

¿De que manera usted y su hijo pasan el rato juntos?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

¿Es su hijo responsable por alguna tarea en la casa? ¿Cuál?

¿Como se lleva su hijo con otros Niños? _____

¿Como re relaciona el niño con las figuras de autoridad (padres, maestro)?

HISTORIA ESCOLAR

Atendió _____ preescolar _____ Kindergarten? _____

¿Le gusta la escuela? _____

¿Tiene dificultades académicas? _____

¿Ha repetido algún grado? _____

¿Tiene problemas de conducta en la escuela? _____

¿Ha tenido alguna experiencia negativa con maestros o con otros niños? _____

¿Esta en alguna programa de educación especial? _____

¿Que tipo de clases?

OTROS

¿Que tipo de problemas muestra su hijo en la casa?

¿Que tipo de disciplina usted utiliza?

¿Están los padres de acuerdo en la forma de disciplinar a los niños?

¿Es la disciplina efectiva?

¿A que hora se van a la cama y que rutina tienen?

¿Cual es su rutina escolar?

¿Como hace la tarea?

¿Cuáles son las cosas buena de su hijo?

¿Existe alguna información de su hijo que piense nos ayudaría a conocerlo mejor?

Firma del Padre