

**Antecedentes del Niño/Adolescente**

**SMU centro de Consejería de familia**

6116 N. Central Expressway, Suite 410 Dallas, TX 75206  
214-768-6789 (teléfono)

www.SMU.edu/familycounseling

**Bienvenido al Centro de Consejería Familiar en SMU! Por favor responda lo más completamente posible toda la información. La información proporcionada es estrictamente confidencial y beneficiosa para proporcionar el mejor servicio posible. No dude en pedir ayuda, si es necesario. Su consejero discutirá sus respuestas con usted después de que ella/el revise el formulario.**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Completado por: \_\_\_\_\_ Relación con el Menor: \_\_\_\_\_  
SI NO ES GUARDIAN LEGAL, POR FAVOR DETENGASE AQUÍ-GRACIAS!

Guardián Legal del Menor (Conservador Administrativo):

(Si el menor no vive con sus padres naturales, ambos padres adoptivos, o padre viviente el Centro de Consejería Familiar requiere una fotocopia del documento legal más reciente indicando arreglos de custodia, que consiste la portada, página especificando conservador(es) y la página de firma). Los servicios no se proveerán si no se ha producido la copia. Por favor ponga sus iniciales aquí para indicar que ha leído y entendido este párrafo. \_\_\_\_\_

Género del Menor: Masculino\_\_ Femenino\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Edad: \_\_\_\_

Origen Étnico del Menor:

Africano Americano\_\_ Bi-racial\_\_ Hispano/Latino\_\_  
Asiático\_\_ Blanco\_\_ Nativo American\_\_ Otro\_\_

Idioma Principal del Menor: Inglés\_\_ Español\_\_ Otros\_\_

Idioma en Casa (lenguaje de los padres): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Celular: \_\_\_\_\_ (Puede llamar? Sí No Puede Dejar Mensaje? Sí No)

Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_ (Puede llamar? Sí No Puede Dejar Mensaje? Sí No)

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ (Puede llamar? Sí No Puede Dejar Mensaje? Sí No)

Mejor tiempo y lugar para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección del Menor: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Podemos corresponder con usted por correo a la dirección especificada anterior: Sí No

En caso de emergencia, autorizo el Centro de Consejería Familiar contactar:

Nombre: Apellido, Nombre Relación Teléfono

Persona responsable de los arreglos financieros con nuestra clínica: \_\_\_\_\_  
Nombre: Apellido, Nombre

Quien lo refirió a nuestro Centro? (Por favor sea específico): \_\_\_\_\_

Podemos contactar a quien lo refirió para agradecerles la referencia: Sí No



**\* Por favor circulé los que usted ve como áreas en que su hijo/a batalla y le gustaría tratar en consejería.**

Temas Relacionadas a Abuso

- Abuso físico actual o en el pasado
- Abuso Sexual actual o en el pasado
- Abuso emocional actual o en el pasado
- Negligencia actual o en el pasado
- Historial de abandono
- Sospecha de abuso sexual
- Historial de violencia domestica familiar

Temas Académicas/Escolares

- Dificultades en Aprendizaje
- Problemas con amistades
- Problemas con los maestros
- Grados bajos
- Negarse a ir a la escuela
- Sospecha de acoso
- Problemas con amistades en la escuela

Preocupaciones Relacionadas con Estado de Animo

- Recuerdos Inquietantes
- Dificultad en dormir/mantenerse dormido/a
- Pesadillas/terrores de noche
- Pensamientos o habla de suicidio
- Irritabilidad
- Tristeza/Depresión
- Sentimientos de culpa o vergüenza
- Preocupación excesiva o miedo

Preocupaciones de la Relación Familiar

- Dificultad con los cambios familiares
- Preocupaciones sobre la disciplina
- Problemas con la relación de padre-hijo
- Preocupaciones de hermano/a
- Divorcio/Separación
- Preocupaciones religiosas/espirituales
- Peleas constantemente

Temas de no Seguir Reglas/Comportamiento  
Comportamiento

- Agresión hacia otras personas
- Uso de Drogas/Alcohol
- Ausentismo Escolar
- Participación en Pandillas
- Irse de la casa
- Robo
- Lastimar animales intencionalmente
- Empezar fuegos

Otras Preocupaciones de

- Preocupaciones de identidad sexual
- Comportamiento sexual inapropiado
- Sobre comer/Negar comer
- Mojar o ensuciar la cama
- Hiperactividad/Impulsividad
- Inatención
- Mentir
- Oposición/Desafiante

Otros comportamientos inusuales (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**\*Por favor, coloque una estrella en la cuestión más importante.**

Por favor comente brevemente los comportamientos que le preocupan: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue que se empezó a preocupado por el tema principal/significativo? \_\_\_\_\_

¿Por qué, en este momento, ha decidido buscar consejería? \_\_\_\_\_

Otro tratamiento que ha recibido su hijo/a antes para confrontar cualquiera de las preocupaciones mencionadas anteriormente: Ninguna\_\_\_\_\_

Consejería de Grupo\_\_\_\_ Consejería Individual\_\_\_\_ Consejería Familiar\_\_\_\_

Hospitalización\_\_\_\_ Terapia de Juego\_\_\_\_\_

Terapia con Actividades\_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_



**DESCRIPCIÓN GENERAL**

1. Otros miembros de la familia han recibido servicios en esta clínica? Sí No (Nombre/Fechas de servicio) \_\_\_\_\_

2. Su hijo/a está recibiendo actualmente consejería en otro lugar? Sí No  
(Si contesto que sí, por favor sepa que requerimos confirmación en escrito del terapeuta dando su consentimiento para el tratamiento por parte del Centro de Consejería Familiar).

3. Su hijo ha visto un profesional de salud mental (por ejemplo, psicólogo, consejero, etc.) Sí No  
(Si contesto que sí, necesitamos permiso de usted para comunicarnos con el individual o agencia.)  
**Nos reservamos el derecho a aplazar los servicios hasta que se establezca contacto con los proveedores de tratamiento previo.**

a. Profesional/Agencia de Salud Mental Anterior:

\_\_\_\_\_ Nombre Dirección

b. Teléfono: \_\_\_\_\_ c. Las Fechas de Servicio: \_\_\_\_\_ (comienzo - final)

d. Razón para solicitar servicios de consejería en ese tiempo:

\_\_\_\_\_.

e. Que fue el resultado de los servicios de consejería en ese momento (es decir, le ayudo la consejería; su hijo tuvo una experiencia positiva; cómo se decidió que debería poner fin a la consejería, etc.)?

\_\_\_\_\_

4. Su hijo ha sido hospitalizado por problemas de salud mental? Sí No

a. Si contesto que si: Cuando \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_

b. Motivo de Hospitalización: \_\_\_\_\_

5. Está buscando servicios porque su hijo es víctima de un crimen? Sí No

a. Resulto en una acción legal? Sí No (Si es afirmativo, explique) \_\_\_\_\_

6. Usted está buscando servicios para ayuda posiblemente en corte (cuestiones de custodia, testimonio de abuso, etc.): Sí No

(Si es afirmativo, explique, \_\_\_\_\_)

7. Su hijo/ actualmente está en libertad condicional? Sí No

8. Su hijo/a ha tenido tendencias suicidas? Sí No

Si es afirmativo, por favor explique cuando y que paso:

\_\_\_\_\_

9. Tiene alguna razón para sospechar que su hijo/a está usando sustancias: Sí No



**SMU**

ANNETTE CALDWELL SIMMONS  
SCHOOL OF EDUCATION  
& HUMAN DEVELOPMENT

Si es afirmativo, por favor de discutir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN**

La escuela que asiste en menor: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela de y Teléfono: \_\_\_\_\_

Período de Tiempo en esta Escuela: \_\_\_\_\_ Cuantas escuelas ha asistido su menor? \_\_\_\_\_

Nivel de Grado (ahorita): \_\_\_\_\_ Su menor ha sido retenida? Si No Si es afirmativo, que grado? \_\_\_\_\_

Maestra(s) Actuales: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Consejero Escolar Actual: \_\_\_\_\_ Su menor se ha reunido con el consejero escolar? Y N

En caso afirmativo, por favor explique porque: \_\_\_\_\_

Su menor está recibiendo educación especial u otros servicios? Yes No (explique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su hijo ha sido probado/ evaluado por el distrito escolar? Sí No (en caso afirmativo, por favor traiga los resultados para que su consejero pueda revisarlos.)

Problemas Escolares (marque todas las que aplican):

Problemas Académicos\_\_\_ Problemas de Disciplina\_\_\_ Problemas Sociales\_\_\_ Otro\_\_\_

Tema Favorito del Menor: \_\_\_\_\_ El Tema Menos Favorito: \_\_\_\_\_

De que se queja su menor sobre la escuela: \_\_\_\_\_

Se han producido cambios recientes en grados, deseo de ir a la escuela, etc.: Sí No

En caso afirmativo, por favor describa y discuta por cuanto tiempo el cambio ha sido evidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como hace su hijo en tareas escolares (por ejemplo, su menor se mantiene enfocado; donde hace el menor la tarea; la tarea causa peleas entre usted y su menor...porque; etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE DEL MENOR**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_ madre biológica Apellido \_\_\_ madrastra Nombre \_\_\_ madre adoptiva Medio Nombre Otra \_\_\_\_\_

\* Si su dirección y números de teléfono son los mismos de su menor, marque esta casilla y omita responder a estas secciones:

Dirección: \_\_\_\_\_



SMU

ANNETTE CALDWELL SIMMONS  
SCHOOL OF EDUCATION  
& HUMAN DEVELOPMENT

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Puede llamar: Sí No Dejar mensaje: Sí No)

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Puede llamar: Sí No Dejar mensaje: Sí No)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

*Régimen de vida actual:*

Origen de Familia \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Pareja/Cónyuge \_\_\_\_\_ Pareja en Vivienda \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

*Estado civil (indicar todos los que se aplican y la duración de cada uno, ex 1965-1985):*

Nunca Casada \_\_\_\_\_ Casada Actualmente \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

*Historial Marital*

Número de Matrimonios \_\_\_\_\_ Número de Divorcios \_\_\_\_\_

*Historial de problemas de aprendizaje:* Si No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de problemas de comportamiento y conducta:* Si No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de cuestiones relacionadas con la salud emocional/mental:* Si No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Intentos de Suicidio:* Si No Si afirmo, describa cuando y que paso:

\_\_\_\_\_

*Historia de Atención Psiquiátrica Impaciente:* Si No Si afirmo, describa cuando y que paso:

\_\_\_\_\_

*Historial de Adicciones (alcohol/drogas/abuso de sustancias, juegos de azar, computadora, etc.):* Si No  
(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Violencia Familiar:* Sí No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Actividad Criminal:* Sí No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Órdenes de Protección:* Sí No

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DEL NIÑO**

*Nombre del padre:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ padre biológico \_\_\_\_\_padrastró \_\_\_\_\_Padre Adoptivo Otro \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Medio Nombre

**\* Si su dirección y números de teléfono son los mismos de su menor, marque esta casilla y omita responder a estas secciones:**

*Dirección:* \_\_\_\_\_



Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Puede llamar: Sí No Dejar mensaje: Sí No)

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Puede llamar: Sí No Dejar mensaje: Sí No)

Fecha de Nacimiento: _____	Ocupación: _____
Empleo: _____	Cuanto Tiempo: _____

*Régimen de vida actual:*

Origen de Familia \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Pareja/Cónyuge \_\_\_\_\_ Pareja en Vivienda \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

*Estado civil (indicar todos los que se aplican y la duración de cada uno, ex 1965-1985):*

Nunca Casado \_\_\_\_\_ Casado Actualmente \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

*Historial Marital*

Número de Matrimonios \_\_\_\_\_ Número de Divorcios \_\_\_\_\_

*Historial de problemas de aprendizaje: Si No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de problemas de comportamiento y conducta: Si No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de cuestiones relacionadas con la salud emocional/mental: Si No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Intentos de Suicidio: Si No Si afirmo, describa cuando y que paso:*

\_\_\_\_\_

*Historia de Atención Psiquiátrica Impaciente: Si No Si afirmo, describa cuando y que paso:*

\_\_\_\_\_

*Historial de Adicciones (alcohol/drogas/abuso de sustancias, juegos de azar, computadora, etc.): Si No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Violencia Familiar: Sí No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Actividad Criminal: Sí No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

*Historial de Órdenes de Protección: Sí No*

(Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

**INFORMACION GENERAL DE LA FAMILIA**

*Vivienda(s) actual del menor:*

Padres Adoptivos \_\_\_\_\_

Padre solamente \_\_\_\_\_

Familia Adoptiva \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Madre solamente \_\_\_\_\_

Padre Biológico y Madrastra \_\_\_\_\_

Madre Biológica y Padrastro \_\_\_\_\_

Padres Biológicos \_\_\_\_\_

Parientes(especificar) \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_



*Ponga en orden la lista de viviendas actuales del menor, empezando con el miembro más grande e incluyendo al menor:*

**Hogar Principal** (Cualquier persona que actualmente vive con el menor)

**Por cuanto tiempo ha estado en esta situación:** \_\_\_\_\_

Nombre	Edad	Género	Relación con el menor (incluye padrastro/a, medio/a)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Segundo Hogar** (no-custodial o familia extendida - si es aplicable)

Nombre	Edad	Género	Relación con el menor(incluye padrastro/a, medio/a)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Actualmente está involucrado en una disputa de custodia: Sí No (Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

Si se divorciaron, circulé el número que mejor describa su relación con su ex cónyuge.

Hostil		frustrante		Amigable
1	2	3	4	5

Cuando ocurrió el divorcio: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el menor ve a su otro padre? \_\_\_\_\_

Describe el horario de visitación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Guardián) Yo entiendo que debo proveerle al Centro de Consejería Familiar con los documentos más actuales, con respecto a los acuerdos y arreglos de custodia.

**HISTORIAL DE SALUD FÍSICO Y MENTAL DEL MENOR**

Médico de Atención Primaria del Menor: \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Discapacidad Física: Sí No (Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

Enfermedad Crónica: Sí No (Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

Enfermedad Terminal: Sí No (Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

Historial de Alergias: Sí No (Si afirmo, explique) \_\_\_\_\_

Historial de Hospitalización (temas médicos solamente): Por favor describa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



¿Su médico de atención primaria sabe que busca servicios de Consejería? Sí No

Su hijo ha visto a un psiquiatra? Sí No

El menor actualmente está viendo un psiquiatra? Sí No (Si afirmo, ponga la los nombres, dirección y teléfono):

	Nombre	Teléfono
Dirección		

Qué diagnóstico ha recibido su menor de parte de un profesional médico (o del profesional de salud anterior)? (Por Ejemplo: TICS, ADD/ADHD, Ansiedad, Depresión, Desórdenes de Conducta, Bipolar

Qué medicamentos esta su menor tomando (incluyen sicotrópicas, O-T-C, etc..)?

Medicamentos	Dosis	Por qué razón?

Historia de problemas de salud/físicas incluyen: (marque todas las que aplican):

- |                              |                               |                                    |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Asma ___                     | Discapacidad ___              | Estomago Nervioso ___              |
| Orinar en la Cama ___        | Mareos ___                    | Problemas neurológicos/examen ___  |
| Hueso/Coyunturas/Musculo ___ | Dolores de Cabeza Severos ___ | PMS Severa ___                     |
| Dolor de pecho ___           | Palpitaciones del Corazón ___ | Comer en exceso/poquito ___        |
| Enfermedad Crónica ___       | Hospitalización ___           | Respiración corta sin esfuerzo ___ |
| Atrasos de desarrollo ___    | Accidente mayor ___           | Problemas al dormir ___            |
| Diarrea Crónica ___          | Enfermedad mayor ___          | Serugias ___ Otro _____            |

Su hijo/a experimento retrasos o problemas en lenguaje temprana/del habla? Sí No (Si afirmo, por favor explique? \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha perdido el conocimiento por un periodo de tiempo? Si No (Si afirmo, explique cuando, por cuanto tiempo, y que ocurrió? \_\_\_\_\_

Su hijo/a se queda viendo en el espacio/parece fuera de sí? Si No (Si afirmo, por favor explique cuándo y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Cuánto ejercicio hace su hijo/a cada día (y a través de qué actividad): \_\_\_\_\_

Cuánta cafeína consume su hijo/a cada día? \_\_\_\_\_

Cómo describiría la dieta general de su hijo/a? \_\_\_\_\_



*Cuánto sueño obtiene su hijo/a cada día en promedio?* \_\_\_\_\_  
*Son consistentes los patrones de sueño de su hijo/a?* \_\_\_\_\_  
*Describiría este sueño como pacífico?* \_\_\_\_\_  
*Camina dormido, habla dormido, pesadillas de noche? Por favor explique:* \_\_\_\_\_

---

## **HISTORIA DE DESARROLLO**

### 1) Físico:

- a) Embarazo, parto, alimentación, patrón de sueño, enfermedades de destete, enfermedades neonatales:
- b) Temprana o importantes enfermedades médicas o lesiones (e.g. cólicos, G.E.R.D., etc.):
- c) Desarrollo neuromuscular del habla, retos de motor(sentarse, levantarse, caminar, primeras palabras, jugar):

### 2) Comportamiento:

- a) Entrenamiento para usar en inodoro-respuesta a disciplina y métodos que se usaron:
- b) Reacciones a empezar guardería o la escuela:
- c) Fobias/temores recurrentes:
- d) Hábitos/temas repetitivos (e.g. orinar en la cama, estirar el cabello, chuparse el dedo, etc.):

### 3) Nivel Actual de Funcionamiento:

- a) Ajuste Social:
  - Relaciones adecuadas para la edad
  - Ética social apropiada para la edad
  - Involucramiento en organizaciones apropiadas para la edad
- b) Bañarse/Vestirse/Higiene
  - Independiente
  - Acordar verbalmente
  - Requiere asistencia
  - Asistencia total
- c) Inodoro
  - Enuresis
  - Encoréis
  - Independiente
  - Necesita asistencia
- d) Alimentación
  - Anorexia
  - Bulimia



- Sobre-comer compulsivamente
- Comportamiento pica (comerse objetos inanimados)
- Otros
- Normal

e) Complejos en Habilidades de la Vida Diaria

- Cuidado de posesiones apropiadas para la edad
- Cuidado de posesiones de otras personas apropiadas para la edad
- Conocimiento de uso del teléfono, maquinaria, etc. apropiadas para la edad
- Conocimiento y aplicaciones de temas de salud apropiadas para la edad

f) Historial de Auto Daño:

- No tiene comportamiento de auto-lastimarse
- Se lastima a si mismo su cuerpo
- Pensamientos/comentarios suicidas
- Intentos de Suicidio

g) Preocupaciones de Abuso de Sustancias:

- Ha tratado de fumar
- Fuma regularmente
- Hs probado alcohol una vez o dos veces
- Ha probado alcohol con frecuencia
- Ha tratado otras drogas, tales como: \_\_\_\_\_
- Ha no admitió a cualquier uso, pero tengo razones para creer o estoy preocupado por esto

h) Reaccionando Sexualmente

- No ha dado ninguna indicación de cuestiones o preocupaciones en esta área
- Ha discutido su deseo de ser sexualmente activo/a; explicar: \_\_\_\_\_
- Ha admitido tratar actividad sexual; explique: \_\_\_\_\_
- Esta involucrado en actividad sexual con frecuencia; explique: \_\_\_\_\_

4) Programación del Niño/a de Vida Diaria (Por favor dar el programa general de día a día de como su hijo/a pasa su tiempo):

- Lunes: \_\_\_\_\_
- Martes: \_\_\_\_\_
- Miercoles: \_\_\_\_\_
- Jueves: \_\_\_\_\_
- Viernes: \_\_\_\_\_
- Sabado: \_\_\_\_\_
- Domingo: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE ESTRESANTES RELACIONADOS CON EL NIÑO/A**

(Por cada uno de los siguientes elementos que se aplican, escriba la edad aproximada de su hijo/a al tiempo que ocurrió si aplica a su hijo/a):

- Enfermedad crónica de familiar \_\_\_\_\_ Muerte de persona importantes \_\_\_\_\_ Violencia Domestica \_\_\_\_\_
- Miembro de la familia ausente (explique) \_\_\_\_\_
- Discapacidad/accidente mayor/enfermedades de un miembro de la familia \_\_\_\_\_
- Problemas emocionales de miembro de la familia (explique) \_\_\_\_\_
- Suicidio de miembro de la familia (explique) \_\_\_\_\_
- Divorcio de padres \_\_\_\_\_



Hijo/a separado de su padre/madre (cuanto tiempo y cuando) \_\_\_\_\_  
 Fallecimiento de un animal \_\_\_ Dificultad en tratamientos médicos \_\_\_ Desastre Natural \_\_\_  
 Asalto Sexual \_\_\_ Otro Trauma (inusual, experiencia aterradorante) \_\_\_  
 Otro evento alterante/Experiencia con cambios \_\_\_\_\_  
 Otra experiencia general que pudo impactar significativamente al menor: \_\_\_\_\_

**HAMBIENTE DE VIVIENDA**

*Otras relaciones significativas, además de la familia examinada anteriormente:*

\_\_\_\_\_

*Nombre y discutir la relación del niño/a con animales que viven en el hogar:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Tareas domésticas o expectativas en el hogar del niño/a:*

\_\_\_\_\_

*Cómo hace el niño/a en el cumplimiento de esas expectativas?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Cuánto tiempo llega a jugar el niño/a con amigos?* \_\_\_\_\_

*Cómo juega/interactúa su hijo/a con otros niños(as)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Su hijo/a hace amistades? Si No; Por favor Explique:* \_\_\_\_\_

*Su hijo/a puede mantener amistades ?Si No; Por favor Explique:*

\_\_\_\_\_

*Uso actual de su hijo/a de la computadora y televisión (circule el número de horas que mejor describe el uso):*

Computadora (circule las horas aproximadas de cada semana)

0-2 3-5 6-8 9-11 12+

TV (circule las horas aproximadas de cada semana)

0-2 3-5 6-8 9-11 12+

Estoy de acuerdo en que la información anterior es exacta a mi capacidad. También entiendo que si tengo alguna pregunta con respecto a las preguntas anteriores, puedo preguntarle a mi consejero en cualquier momento. También entiendo que completar esta forma no garantiza que los servicios de consejería serán proveídos en este Centro.

\_\_\_\_\_  
Cliente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



**SMU.**

ANNETTE CALDWELL SIMMONS  
SCHOOL OF EDUCATION  
& HUMAN DEVELOPMENT