Antecedentes del Niño/Adolescente

SMU centro de Consejería de familia

5228 Tennyson Parkway * Plano, TX 75024
972-473-3456 (teléfono) * 972-473-3490 (fax)
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

SMU. ANNETTE CALDWELL SIMMONS SCHOOL OF EDUCATION & HUMAN DEVELOPMENT

*** 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 si, por favor sepa que requerimos confirmación en escrito del terapista 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

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 terea; la tarea causa peleas entre usted y su menor…porque; etc.)?*_____
_____
_____
_____.

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE DEL MENOR

Nombre de la madre: _____
Apellido *Nombre* *Medio Nombre*

*__ madre biológica ___madrastra ___madre adoptiva Otra*_____

**** 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: _____ *Teléfono del trabajo:* _____
(Puede llamar: Si No Dejar mensaje: Sí No) (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: _____
Apellido *Nombre* *Medio Nombre*
*__ padre biológico ___padrastro ___Padre Adoptivo Otro*_____

**** 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: _____ *Teléfono del trabajo:* _____
(Puede llamar: Si No Dejar mensaje: Sí No) (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 sueno obtiene su hijo/a cada día en promedio? _____
Son consistentes los patrones de sueño de su hijo/a? _____
Describiría este sueño como pacifico? _____
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 aterrorizante) ___
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