dell children's
medical center of central texas
A member of the Seton Family of Hospitals

Texas Child Study Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha_____

Nombre_____Sobrenombre_____

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____ Sexo ____ Raza/Grupo étnico_____

Idioma(s) que se habla en casa_____

Nombre de la persona que está llenado este formulario_____

Parentesco con el menor de edad_____

Domicilio del menor de edad_____

Ciudad _____ Estado _____Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Otro (ej. Celular del niño):_____

Dirección de correo electrónico _____

Médico Principal_____ Teléfono _____
Referido por: _____Teléfono_____
Farmacia _____ Teléfono _____

Información de quien brinda cuidados al menor de edad (con tutela)

Nombre _____Edad____ Sexo___

Parentesco con el menor de edad _____

Domicilio (si es diferente al domicilio arriba indicado) _____

Teléfono del trabajo _____ Otro número telefónico_____

Por favor indique si le podemos dejar mensaje en ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Empleador _____Cargo que ocupa _____

Información de quien brinda cuidados al menor de edad (con tutela)

Nombre _____Edad____ Sexo___

Parentesco con el menor de edad _____

Domicilio (si es diferente al domicilio arriba indicado) _____

Teléfono del trabajo _____ Otro número telefónico_____

Por favor indique si le podemos dejar mensaje en ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Empleador _____Cargo que ocupa _____

Información de quien brinda cuidados al menor de edad (sin tutela)

Nombre _____Edad____ Sexo___

Parentesco con el menor de edad _____

Domicilio_____

Teléfono de casa _____Teléfono del trabajo_____ Otro número telefónico_____

Por favor indique si le podemos dejar mensaje en ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Empleador _____Cargo que ocupa _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre_____ Parentesco _____

Teléfono _____ Otro número telefónico_____

dell children's
medical center of central texas
A member of the Seton Family of Hospitals

Texas Child Study Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguro _____Número de póliza _____
Número de grupo _____Nombre de la persona asegurada_____
Dirección_____Ciudad_____Estado_____Código postal _____
Teléfono_____ Fecha de nacimiento_____ Parentesco con el paciente _____
Nombre del empleador _____Dirección del empleador _____
Ciudad _____Estado_____ Código postal _____ Teléfono _____

PREOCUPACIONES ACTUALES

Por favor díganos qué clase(s) de servicios está necesitando:

☐ Terapia (Si es así, ¿de qué tipo?:_____)

☐ Evaluación (Si es así, ¿de qué tipo?:_____)

☐ Medicamentos

Brevemente por favor describa sus preocupaciones acerca de su hijo y la razón por la cual está buscando servicios (ej. cualquier tipo de preocupación de conducta, emocional o de aprendizaje en casa o en la escuela, dificultades relacionándose con los de su edad, etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

¿Cuándo comenzó a experimentar el (los) problema(s) su hijo?

_____

_____

¿Con qué frecuencia ocurre el problema? _____

_____

¿Por cuánto tiempo dura? _____

_____

Eventos Recientes:

¿Alguno de los siguientes eventos han ocurrido en los últimos 12 meses?

☐ Divorcio o separación
☐ Cambio de trabajo u horario laboral de los padres
☐ Hay un nuevo bebe en casa
☐ Accidente o enfermedad en la familia
☐ Muerte de un miembro de la familia o amigo
☐ Conflicto en la familia
☐ Estrés financiero
☐ La familia se mudo
☐ Cambio de escuela
☐ Cambio en las personas que viven en casa
☐ Estrés legal
☐ Otro:_____

Información adicional:

_____

_____

¿Hay algún antecedente de abuso físico o sexual? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique _____

_____

¿Hay un reporte de Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services)? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique_____

EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS PREVIOS

Evaluaciones o valoraciones previas
Incluyendo las medicas, neuropsicológicas, educativas, del habla/lenguaje, etc.

Fecha	**Tipo de prueba**	**¿En dónde se hizo la prueba? (ej. escuela, psicólogo privado, etc.)**

Intervenciones y Servicios Previos.
Incluyendo terapia (familiar, grupal, individual), terapia ocupacional, entrenamiento para padres, etc.

Nombre del especialista/especialidad (ej. psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero escolar)	**Fecha de inicio**	**Fecha de término**	**Tipo de servicio recibido.**

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez por problemas emocionales o de conducta? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique _____

_____

<u>Antecedentes de medicamentos:</u>

Medicamentos	**Dosis**	**Frecuencia**	**Inicio**	**Término**	**Recetado por:**	**Efectos adversos**

Por favor enliste CUALQUIER alergia a medicamentos o comida

_____

Si su hijo toma cualquier otro medicamento o suplemento por cualquier otra razón, por favor enlístelo:

_____

_____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Estado civil de los padres

☐ Casados por _____ años ☐ Nunca se han casado ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Viudo(a)

Si están separados, ¿por cuánto tiempo? _____

Si los padres están divorciados, ¿quien cuenta con la patria potestad de este menor de edad (persona quien tiene el derecho a consentir se reciban servicios psicológicos)?
_____

****SE LE PEDIRÁ UNA COPIA DEL ACTA DE DIVORCIO PARA PODER ATENDER A SU HIJO. POR FAVOR MARQUE EL NÚMERO DE HOJA DONDE INDICA SU DERECHO A CONSENTIR SE RECIBAN SERVICIOS PSICOLÓGICOS.**

¿Existe contacto con el padre que no cuenta con la patria potestad o algún arreglo en la custodia del menor?_____

¿Hay alguna circunstancia especial en la situación familiar? _____

_____

Miembros de la familia que vivan en el hogar:

Nombre	Edad	Sexo M / F	Parentesco con el niño	Nivel máximo de estudios

Miembros de la familia que vivan fuera del hogar:

Nombre	Edad	Sexo M / F	Parentesco con el niño	Nivel máximo de estudios

dell children's
medical center of central texas
A member of the Seton Family of Hospitals

Texas Child Study Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

Antecedentes prenatales

¿Durante el embarazo la madre tuvo algún accidente, infección o cualquier otro problema? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique: _____

¿Tomo algún medicamento durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique y enliste los medicamentos:_____

¿La madre fumó durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿cuántos cigarros al día?_____

¿Cuánto alcohol consumió la madre durante el embarazo (ej. una bebida al día, semana, mes?

_____

¿La madre uso alguna droga durante el embarazo (ej. marihuana, cocaína)? ☐ Sí ☐ No

De ser así, por favor explique: _____

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que pudieran haber ocurrido durante el embarazo y explique en el espacio de abajo.

☐ Edema	☐ Cuidado prenatal limitado	☐ Pre-eclampsia/toxemia
☐ Estrés emocional	☐ Anemia	☐ Eclampsia
☐ Hospitalización	☐ Diabetes	☐ Líquido amniótico insuficiente
☐ Fiebre	☐ Presión sanguínea alta/hipertensión	☐ Placenta previa
☐ Trabajo de parto prematuro	☐ Epilepsia/convulsiones	☐ Otro

Por favor explique: _____

_____

Antecedentes de nacimiento

Edad de la madre al nacimiento del niño: ____años. Edad del padre al nacimiento del niño: ____años.

¿El bebé nació a tiempo? ☐ Sí ☐ No

De no ser así, él/ella fue: ☐ Prematuro ☐ Pos término ¿Y de cuántas semanas? _____

Tipo de inicio del trabajo de parto: ☐ Por inducción ☐ Espontaneo

Tipo de nacimiento: ☐ Vaginal ☐ Cesaría (¿Programada? ☐ Sí ☐ No ¿De emergencia? ☐Sí ☐ No)

Peso al nacer: _____

¿Algún problema durante el trabajo de parto o con el alumbramiento?_____

¿Algún problema después del nacimiento? _____

Bebés/Niños que empiezan a caminar

Describa a su hijo como bebé y como niño que comienza a caminar:

_____

Por favor marque los problemas que pudieron haber ocurrido después del nacimiento de su hijo:

☐ Sí	☐ No	Problemas con alimentación	☐ Sí	☐ No	Fácilmente sobre-estimulado
☐ Sí	☐ No	Cólicos/infancia difícil	☐ Sí	☐ No	Retraído
☐ Sí	☐ No	Irritable	☐ Sí	☐ No	No le gustaba que lo cargaran
☐ Sí	☐ No	Hiperactivo	☐ Sí	☐ No	Difícil de ser calmado
☐ Sí	☐ No	Dificultad para tomar siesta	☐ Sí	☐ No	Dificultad para dormir por la noche

Etapas del desarrollo

Indique a qué edad su hijo logró lo siguiente:

Edad

_____Sentarse

_____Caminar de manera independiente

_____Decir su 1ra. palabra además de mamá o papá

_____Decir frases de dos palabras

Edad

_____Decir frases/enunciados de 3 o más palabras

_____Ser entrenado para ir al baño (orinar)

_____Ser entrenado para ir al baño (defecar)

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Nombre de la escuela:_____

Distrito escolar:_____ Teléfono:_____

Maestro(a) principal: _____Grado actual: _____

Colocación educativa actual: ☐ Clase Regular ☐ Bilingüe ☐ Inglés como segundo idioma ☐ Otro

¿Se han realizado evaluaciones por parte de la escuela? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuándo? _____

¿Su hijo alguna vez ha sido suspendido o expulsado? ☐ Sí ☐ No De ser así, por favor describa:_____

_____

¿Su hijo alguna vez ha recibido detención escolar? ☐ Sí ☐ No De ser así, por favor describa:_____

_____

Brevemente describa cualquier problema *académico* en la escuela: _____

_____

Brevemente describa cualquier problema de *conducta* en la escuela:_____

_____

Programas Educativos

¿Su hijo alguna vez ha participado en los siguientes programas?

Colocación y Servicios (actuales o pasados)	No	Sí	¿Cuándo?
Intervención Infantil Temprana [Early Childhood Intervention (ECI por sus siglas en Inglés)]			
Educación Especial/ Programa Educativo Individualizado [Individualized Education Program (IEP por sus siglas en Inglés)]			
Servicios según la Sección 504			
Recursos de apoyo en el aula			
Currícula académica avanzada			
Estudiantes dotados y talentosos			
Clase para desordenes de conducta/emocionales			
Consejería (provista por la escuela)			
Terapia del habla y del lenguaje			
Colocación escolar alternativa			
Programa Preescolar para Niños con Discapacidades [Preschool Program for Children with Disabilities (PPCD por sus siglas en Inglés)]			
Otro:			

Por favor describa cualquier servicio educativo especial actual (ej. Programa Educativo Individualizado [Individualized Education Program (IEP por sus siglas en inglés)], Servicios según la Sección 504, Recursos de apoyo en el aula:

_____

_____

dell children's
medical center of central texas
A member of the Seton Family of Hospitals

Texas Child Study Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

HISTORIA MÉDICA

Por favor marque cualquiera de las siguientes cosas que su hijo haya experimentado y en seguida anote la edad, cualquier complicación y frecuencia:

Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Hospitalizaciones	☐	☐	Problemas de la vista
☐	☐	Cirugía	☐	☐	Problemas auditivos
☐	☐	Golpes de gravedad (puntadas/huesos rotos	☐	☐	Asma
☐	☐	Golpes en la cabeza	☐	☐	Alergias
☐	☐	Pérdida del conocimiento	☐	☐	Dolores de estómago
☐	☐	Coma	☐	☐	Vómito excesivo
☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Trastorno de PICA (comer algo que no es alimento)
☐	☐	Tics (motores)	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Tics (de lenguaje)	☐	☐	Malnutrición
☐	☐	Convulsión atónica o de ausentismo	☐	☐	Dificultades gastrointestinales
☐	☐	Temblores	☐	☐	Infecciones de oído crónicas
☐	☐	Bajo tono muscular	☐	☐	Inserción de tubos en los oídos
☐	☐	Caídas frecuentes	☐	☐	Niveles de plomo elevados
☐	☐	Anemia	☐	☐	Envenenamiento por accidente
☐	☐	Fiebre alta persistente	☐	☐	Cáncer Especifique_____
☐	☐	Dolores de cabeza	☐	☐	Desorden Sanguíneo Especifique_____
☐	☐	Migrañas	☐	☐	Desorden genético
☐	☐	Dolor	☐	☐	Obesidad/problemas con el peso
☐	☐	Dificultades respiratorias	☐	☐	Incontinencia fecal
☐	☐	Problemas de tiroides/ endocrinos	☐	☐	Cólico
☐	☐	Enfermedades cardiovasculares o del corazón	☐	☐	Incontinencia urinaria
☐	☐	Arritmias cardiacas/ Anomalías del corazón	☐	☐	Problemas del sueño
			☐	☐	Otro

Información adicional:

_____

_____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES
Alguien de la familia biológica del niño padece:

			Parentesco biológico con el niño			
			Familia inmediata			Familiares de la Madre/Padre
Condición:	**No**	**Sí**	**Padre**	**Madre**	**Hermano(a)**	(ej. Hermano de la madre)
Problemas de atención/ Trastorno de déficit de atención e hiperactividad [Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD por sus siglas en Inglés)]						
Problemas de conducta en la juventud						
Problemas de aprendizaje						
Convulsiones						
Retraso mental						
Síndrome de Down						
Autismo / Síndrome de Asperger/ Trastornos generalizados del desarrollo [Pervasive developmental disorders (PDDpor sus siglas en Inglés)]						
Retraso del habla						
Defectos de nacimiento						
Parálisis cerebral						
Tics/Síndrome de Tourette						
Desordenes neurológicos						
Epilepsia/Desorden convulsivo						
Diabetes/Hipoglucemia						
Dolor crónico						
Problemas de tiroides						
Problemas del corazón antes de los 50 años						
Depresión						
Desorden bipolar						
Ansiedad						
Ataques de pánico						
Trastorno obsesivo-compulsivo						
Esquizofrenia						
Desorden alimenticio						
Problemas con el alcohol						
Problemas con drogas						
Problemas con la ley						
Otro:						

¿Se ha sabido de alguien en la familia que haya tenido que utilizar un desfibrilador, o que tenga ritmo cardiaco anormal o alguien que haya muerto de anormalidades cardíacas? De ser así, por favor explique:
_____

_____

Algún otro antecedente familiar ya sea médico o psiquiátrico significativo _____

_____

Problemas psiquiátricos, de conducta o médicos significativos en familia reconstituida o familiastra, familia adoptada o familia de acogida: _____
_____

CONDUCTA Y DISCIPLINA

Por favor describa brevemente cualquier problema de conducta en casa: _____

_____

¿Quién disciplina al niño de manera regular? _____

Por favor marque los tipos de disciplina utilizados con su hijo:

- ☐ Reprimenda verbal
- ☐ Tiempo fuera (o de exclusión) "pausa obligada".
- ☐ Ignorar la conducta de su hijo
- ☐ Razonamiento
- ☐ Enviar al niño a su habitación
- ☐ Quitar privilegios
- ☐ Castigo físico
- ☐ Otro:

¿Cuáles formas de disciplina han probado ser las más efectivas? _____

¿Con qué frecuencia necesita hacer uso de la disciplina? _____

PERSONAL/SOCIAL

¿Cuántos amigos cercanos tiene su hijo? _____

¿Con qué facilidad su hijo se hace de amigos?

☐ Mejor que el promedio ☐ Promedio ☐ Menos que el promedio

¿Qué tan bien se lleva su hijo con sus amigos?

☐ Mejor que el promedio ☐ Promedio ☐ Menos que el promedio

¿Con quién se lleva mejor su hijo?

☐ Niños más grandes ☐ Niños de su misma edad ☐ Niños más pequeños

¿Le cuesta trabajo a su hijo mantener amistades? ☐ Sí ☐ No

¿Existen problemas de intimidación o burlas? ☐ Sí ☐ No

Por favor describa los juguetes y actividades que su hijo disfruta en su tiempo libre: _____

_____

OTRA INFORMACIÓN

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

_____

_____

¿Cuáles son las fortalezas de su familia?

_____

_____

Por favor mencione cualquier otra información que considere podría ayudarnos a entender a su hijo:

_____

_____

Gracias por el tiempo invertido en completar este formulario

POR FAVOR RECUERDE TRAER LOS SIGUIENTES DATOS A SU SESION DE INICIO (DE SER NECESARIO)

1) Nombre, domicilio y número telefónico de terapeuta(s) previos y maestros(as) de la escuela actuales
2) Acta de divorcio
3) Reportes previos (ej. neuropsicológicos, educativos, emocionales, del lenguaje y del habla)