



## QUESTIONARIO/PSICO-SOCIAL PARA PADRES/GUARDIAN LEGAL Evaluación para niños y adolescentes para las edades de 15 años y menores.

Nombre del niño o adolescente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo:  H  M Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Raza/Grupo Étnico: \_\_\_\_\_

---

Que evento (s) o problemas le han llevado a buscar tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Tratamiento anterior**

Ha estado su niño (a) en un tratamiento anterior relacionado con salud mental  Sí  No

Si es así, marque que tipo de tratamiento(s) la fecha y edad en la que recibió el tratamiento:

- Examen Psicológico: \_\_\_\_\_
- Individual/Grupo/ Terapia de familia: \_\_\_\_\_
- Hospitalización Psiquiátrica \_\_\_\_\_
- Tratamiento Residencial: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Esta su niño tomando medicamentos en este momento?  Sí  No

Lista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué clase de medicamentos ha tomado su niño(a) en el pasado, por ejemplo; ansiedad, depresión, ADHD etc.?

Lista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cree usted que cualquiera de los medicamentos pasados o presentes han sido efectivos?  Sí  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SINTOMAS** Por favor marque abajo lo que aplique en el presente o en el pasado.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con el sueño                           | <input type="checkbox"/> Cambios de humor                          | <input type="checkbox"/> Problemas Académicos          |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas                                       | <input type="checkbox"/> Temperamento excesivo                     | <input type="checkbox"/> Hablar pensamientos de muerte |
| <input type="checkbox"/> Poca energía                                     | <input type="checkbox"/> Humor depresivo                           | <input type="checkbox"/> Hacerse daño o a otros        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de concentración                       | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Preocupación/Pánico              | <input type="checkbox"/> Hacer daño a animales         |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito                         | <input type="checkbox"/> Obsesión/Compulsivo                       | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas/Usos de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Comer demasiado/vomitando                        | <input type="checkbox"/> Miedos                                    | <input type="checkbox"/> Comportamientos sexuales      |
| <input type="checkbox"/> Quejas de salud (dolores de cabeza y/o estómago) | <input type="checkbox"/> Ser desafiante y contradecir              | <input type="checkbox"/> Huir de la casa               |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el enojo                           | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en la escuela |  |

**HISTORIAL MEDICO**

Por favor clasifique a su niño o adolescente en cada una de las siguientes áreas.

	Buena	Estable	Pobre
Salud			
Oído			
Visión			
Coordinación motora gruesa			
Coordinación motora fina			
Articulación del habla			

¿Fue su niño o adolescente expuesto al alcohol o drogas durante su embarazo?  Sí  No

¿Ha sido el desarrollo físico de su niño/adolescente normal?  Sí  No

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño/adolescente algún problema crónico de salud? (ejem. ¿Asma, diabetes, condición del corazón)?

Sí  No

Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Están las vacunas al corriente y al día  Sí  No

Marque cuál de las siguientes enfermedades a tenido su niño/adolescente.

- Paperas  Viruela  Sarampión  Tosferina  fiebre escarlata o escarlatina  Neumonía
- convulsiones
- Eencefalitis  Otitis Media  Envenenamiento por plomo  Otros \_\_\_\_\_

¿Cuántos accidentes ha tenido su niño/adolescente?  Uno  2-3  4-7  8-12  o más de 12

Marque si su niño o adolescente ha tenido accidentes que han resultado en lo siguiente:

- Quebraduras  Heridas en la cabeza  Estomago saltado  Perdida de dientes
- Heridas en el ojo
- Laceraciones Severas
- Puntadas  Heridas severas  Otro \_\_\_\_\_

Marque si su niño/adolescente ha tenido alguna cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

- Amigdalitis  Apendicitis  Pierna O Brazo  Quemaduras  Aadenoides  Desordenes digestivos
- Hernia
- Ojo, Oreja, Nariz o garganta  Tracto urinario  Otros \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo problemas en controlar su vejiga?

¿En la noche?  Si  No, si es si cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Durante el día?  Si  No, Si es si, ¿cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo problemas con defecar?

¿Durante la noche?  Si  No Si es si, ¿cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Durante la noche?  Si  No Si es si, ¿cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño o adolescente alguna vez diagnosticado con un problema médico?  Si  No

¿Si es si, que fue y como fue tratado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuáles son las necesidades médicas en el presente de su niño o adolescente. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE MADURACION SEXUAL**

¿A qué edad su niño o adolescente mostro que su cuerpo se estaba desarrollando? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a menstruar su hija? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún tipo de problemas cuando comenzó la menstruación o desarrollo físico?  Si  No

¿Se siente su niño o adolescente aparentemente confortable con el sexo opuesto?  Si  No

¿Es su niño o adolescente sexualmente activo?  Si  No  Lo ignoro

¿Ha habido algunos embarazos o abortos?  Si  No  Lo ignoro

Ha sido su niño o adolescente la persona que ha recibido o ha sido el que realizo actos de negligencia, violencia o abuso sexual?  Sí  No

Si es si, por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIAL ESCOLAR**

Indique cualquiera de los siguientes problemas escolares que apliquen.

	Durante qué grado(s) escolar
Retador(a)	
Interrumpe la clase	
No pone atención	
Rehúsa ir a la escuela	
Fallar en entregar la tarea	
Desorganizado	
Ser suspendido en la escuela	
Suspendido fuera de la escuela	
Expulsado de la escuela	

¿Ha tenido su niño(a) adolescente tenido problemas con sus habilidades de aprendizaje?  Si  No

Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haga un sumario del progreso de su niño(a) adolescente (ejem. grados, aprendizaje, sociable, comportamiento) entre cada uno de los siguientes grados. También indique si su niño(a) o adolescente atendió la escuela pública, privada o fue educado en casa.

Prekínder: \_\_\_\_\_

Kínder: \_\_\_\_\_

Grados 1-3: \_\_\_\_\_

Grados 4-6: \_\_\_\_\_

Primaria /Secundaria: \_\_\_\_\_

Preparatoria: \_\_\_\_\_

¿Se han intentado modificaciones en la educación?  Si  No

Si es si, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) o adolescente alguna evaluación educacional?  Si  No

Si es si, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el estilo de aprendizaje de su hijo? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA SOCIAL**

¿Su niño o adolescente se lleva bien con sus hermanos y hermanas?

Mejor que el promedio  Promedio  Peor que el promedio  No tiene hermanos(as)

¿Qué tan fácil puede su niño o adolescente hacer amistades?

Más fácil que el promedio  Promedio  Peor que el promedio

¿Como cuantos amigos tiene su niño o adolescente?

Ninguno  1  2 o 3  4 o mas

¿En promedio, por cuanto tiempo puede su hijo mantener una amistad?

Menos que 6 meses  6 meses – 1 año  2 años o más.

Describa a su hijo socialmente:

Se retrae  Inseguro  Extrovertido  Pasivo  Agresivo  Otro \_\_\_\_\_

¿En qué actividades extracurriculares participa su niño o adolescente? \_\_\_\_\_

¿Qué responsabilidades o tareas tiene su niño o adolescente en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño o adolescente algún problema legal?  Sí  No

Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Sabe usted si su niño o adolescente usa algún tipo de droga, fuma algún tipo de cigarro o algún otro tipo de droga?  Si  No

Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL DE FE Y RELIGION**

¿Cuál es el contexto religioso de su familia? \_\_\_\_\_

¿En el presente atiende su niño o adolescente servicios religiosos?  Si  No

¿Si es si, donde? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cosas (positivas o negativas) que son importantes o pudieran haber afectado a su niño en relación con la fe.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **HISTORIA FAMILIAR**

Marque si hay algún historial de lo siguiente en su familia: Si es si, escriba en quien (ejemplo; madre, abuelo(a) tía etc.)

	Quien		Quien
Inhabilidad de aprendizaje		Abuso físico o sexual	
ADD/ADHD trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)		Psicosis o Esquizofrenia	
Retardo Mental		Síndrome de Tourette	
Depresión		Desorden Bi-polar	
Desorden de Ansiedad		Defectos de nacimiento	
Abuso de drogas o alcohol		Diabetes	
Arrestos		Intentos de suicidio/homicidio	

¿Quién tiene la custodia legal de su niño o adolescente? \_\_\_\_\_

¿La situación de vivienda del presente de su niño o adolescente?

- En el hogar con dos padres       En el hogar de un familiar  
 En el hogar con un padre       En la casa de un amigo  
 En la casa del guardián legal       Otro \_\_\_\_\_

Vivienda primaria el año pasado:

- En el hogar con dos padres       En el hogar de un familiar  
 En el hogar con un padre       En la casa de un amigo  
 En la casa del guardián legal       Otro \_\_\_\_\_

Por favor describa el ambiente familiar:  Casa    Departamento    Condominio   Otro \_\_\_\_\_

Numero de cuartos \_\_\_\_\_ Número de baños \_\_\_\_\_ Número de cuartos \_\_\_\_\_

Por favor indique quien duerme en cada cuarto: \_\_\_\_\_

Por favor describa su vecindario: \_\_\_\_\_

Quien ha cuidado a su hijo/adolescente la mayoría de su vida? \_\_\_\_\_

¿Quién era el que disciplinaba en la familia? \_\_\_\_\_

Son ellos:  Estrictos    Accesibles

¿Están de acuerdo los padres en las necesidades de la paternidad, reglas y disciplina?

- Siempre    Usualmente    Algunas veces    Rara vez

¿Qué estrategias han sido usadas para enfrentar los problemas? (Marque aquellos que aplican y circule los que no han tenido éxito):

- Represión verbal    Castigado    Remover los Privilegios    Recompensa  
 Castigo físico    Acceder a lo que quiere el niño    Evitar al niño

En promedio que porcentaje de tiempo su niño/adolescente cumple con órdenes iniciales?

- 0-20%    21-40%    41-60%    61-80%    81-100%

En promedio que porcentaje de tiempo su niño/adolescente eventualmente cumple con órdenes?

- 0-20%    21-40%    41-60%    61-80%    81-100%

¿Se llevan los padres bien?  Siempre    Usualmente    Algunas veces    Rara vez

¿Ha habido o actualmente se están pasando por cambios mayores o situaciones estresantes en la familia donde su hijo fue criado?

Si  No Si es si, por favor marque todos los que aplican

	En el pasado	Presente(6 meses o meno
Problemas financieros		
Cambios de vivienda frecuentes		
Cambios de trabajo		
Problemas de alcohol o drogas		
Argumentos entre esposos o novio(a)		
Separación o divorcio entre los padres o pareja		
Segundo casamiento de los padres		
Separación de los hermanos		
Frecuente abuso físico		
Confrontaciones físicas entre padres		
Enfermedad mental en la familia		
Enfermedad física en la familia		
Hospitalización psiquiátrica del padre o pareja		
Muerte en la familia		
Comportamiento sexual en la familia		
Otro: Explique		

¿Cuáles son las fortalezas de la familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las debilidades de la familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas de su niño/adolescente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las debilidades de su niño/adolescente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que usted ve como una necesidad(es) importante en su niño o adolescente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor marque cualquiera de las frases que se mencionan abajo y que se aplican a su familia.

	Si	No
Nuestra familia es agradable y amorosa		
La gente constantemente pelea en nuestra familia.		
Cada quien vive su propia vida.		
Los miembros de la familia dicen lo que tienen en su mente		
Nuestra familia esconde cosas.		

¿Qué es lo que le gustaría cambiar en su familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Como ha cambiado su familia por los problemas que tiene su niño/adolescente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es la expectativa que tiene la familia del tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿En qué rol se ve la familia en el tratamiento? ¿Cuáles miembros de la familia están dispuestos a participar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haga un alista de los desórdenes o deseabilidades que tiene su niño/adolescente que no se hayan mencionado previamente. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa que habilidades ha desarrollado su hijo o adolescente para acomodarse a esos desordenes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna necesidad de usar tecnología de asistencia en el tratamiento de niño/adolescente?  Si  No

¿Si es sí, cual es esa necesidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa acerca de su niño o adolescente o la familia que deberíamos de saber para poder ser de más ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Nota: Traiga esta forma, al igual que cualquier examen psicológico, o resultados de exámenes educacionales, tarjetas de reporte de grados académicos, expediente de modificación de comportamiento y cualquier otro documento de interés a su próxima cita.***

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o guardián legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Leído y revisado por \_\_\_\_\_  
(Terapeuta)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)