

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFORMACION DEL/LA PACIENTE

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Lengua materna \_\_\_\_\_

PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL REFERIDO

¿Quién lo/la refirió a nuestros servicios? \_\_\_\_\_

¿Por qué está buscando servicios para su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Le preocupa algunos de los siguientes asuntos? Por favor, marque todos los que correspondan)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rendimiento académico      | <input type="checkbox"/> Mojar la cama           | <input type="checkbox"/> Funcionamiento familiar       | <input type="checkbox"/> Hábitos del sueño                   |
| <input type="checkbox"/> Adaptación a la enfermedad | <input type="checkbox"/> Animo depresivo         | <input type="checkbox"/> Baja autoestima               | <input type="checkbox"/> Destrezas sociales                  |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos agresivos  | <input type="checkbox"/> Demoras del desarrollo  | <input type="checkbox"/> Desobediencia                 | <input type="checkbox"/> Autoagresión/ Tendencia al suicidio |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención      | <input type="checkbox"/> Hiperactividad          | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico             | <input type="checkbox"/> Pataletas / rabietas                |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                   | <input type="checkbox"/> Uso de drogas           | <input type="checkbox"/> Relaciones con sus compañeros | <input type="checkbox"/> Trauma / Abuso                      |
|   | <input type="checkbox"/> Hábitos de alimentación | <input type="checkbox"/> Comportamientos riesgosos     | <input type="checkbox"/> Comportamiento retraído             |
|   | <input type="checkbox"/> Impulsividad            |  |  |

INFORMACION DE LA FAMILIA

Estado marital:  Casado(a)  Nunca se ha casado  Separado(a)  Divorciado(a) (edad del niño(a) \_\_\_\_\_)

Custodia:  Compartida  Madre  Padre  Padre de crianza  Abuelo(a)  Otro

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

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Idioma materno \_\_\_\_\_

Lengua materna \_\_\_\_\_

Si es aplicable:

Nombre de la madrastra \_\_\_\_\_

Teléfono de la madrastra \_\_\_\_\_

Nombre del padrastro \_\_\_\_\_

Teléfono de la padrastro \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los hermanos(as), y cualquier otro niño(a) que viva con la familia.

Edad	Sexo	Relación con el niño(a)	¿Vive en el hogar?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**PSICOLOGIA / PSIQUIATRIA**  
**INFORMACION DEL/LA PACIENTE**

NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL  
MIAMI, FL 33155

FORMULARIO # 798.0914.0852 (NURS0852)

**HISTORIA FAMILIAR**

¿Algún miembro de la familia ha tenido alguna de estas condiciones?

- Alergias
- Demoras del desarrollo
- Discapacidad física
- Enfermedad de Alzheimer
- Diabetes
- Enfermedades psiquiátricas
- Defectos de nacimiento
- Alcoholismo / Uso de drogas
- Apoplejía (accidente cerebrovascular)
- Trastornos del comportamiento
- Desórdenes genéticos
- Tuberculosis
- Trastornos sanguíneos
- Enfermedades del corazón
- Otro
- Cáncer
- Problemas de aprendizaje
- Parálisis cerebral
- Distrofia muscular
- Fibrosis cística
- Trastornos neurológicos

**HISTORIAL DEL NACIMIENTO Y EL DESARROLLO**

Duración del embarazo \_\_\_\_\_ semanas                      Peso al nacer \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz

Complicaciones al nacer  Uso de fórceps  Parto en que el bebé nace de nalgas o de pies  Parto inducido  
 Parto por Cesárea  Otras complicaciones

¿A qué edad su niño(a) hizo por primera vez lo siguiente? (Por favor, indique cuántos años y meses tenía)

\_\_\_\_\_ Caminó solo(a)                      \_\_\_\_\_ Habló usando frases  
\_\_\_\_\_ Dijo sus primeras palabras                      \_\_\_\_\_ Usó el inodoro/retrete

¿Hay historial de mojar la cama o de estreñimiento?     No  Sí

¿Ha recibido su niño(a)?  Terapia física  Terapia del habla  Terapia ocupacional  Nada

Si respondió afirmativamente, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**EDUCACION**

Nombre de la escuela primaria \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Teléfono de la escuela \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) reprobado en algún año escolar?  No  Sí                      Si lo fue, ¿en qué grado? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) clasificado por:

- Discapacidad emocional
- Superdotado (a)
- Problemas de aprendizaje
- Salón de clase integral
- Plan 504

**HISTORIA MEDICA**

Nombre del/la pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones previas \_\_\_\_\_

Cirugías previas \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Problemas y diagnósticos médicos actuales \_\_\_\_\_

Otros médicos que tratan al niño(a) \_\_\_\_\_

Medicamentos que usa actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia

**PSICOLOGIA / PSIQUIATRIA  
INFORMACION DEL/LA PACIENTE**

NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL  
MIAMI, FL 33155  
FORMULARIO # 798.0914.0852 (NURS0852)

HISTORIA DE SALUD MENTAL

¿Le han hecho alguna vez a su niño(a) una evaluación psicológica o psiquiátrica? No Sí

Razones para la evaluación y el diagnóstico, y recomendaciones que le hicieron \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha participado alguna vez su niño(a) en consejería o terapia psicológica? No Sí

Razones para la terapia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración de la terapia \_\_\_\_\_

Nombre del psicólogo / terapeuta \_\_\_\_\_

¿Le han recetado a su niño(a) alguna vez medicamentos sicotrópicos? No Sí

Nombre y dosis del medicamento \_\_\_\_\_

Nombre del médico que hizo la prescripción \_\_\_\_\_

¿Ha intentado su niño(a) alguna vez suicidarse o ha dado señales de querer hacerlo? No Sí

\_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) alguna vez admitido(a) a una unidad de crisis siquiátrica? No Sí

Razones de la admisión \_\_\_\_\_

Duración de la estadía \_\_\_\_\_

¿Hay algún historial de intervención del Departamento de Niños y Familias (DCF por sus siglas en inglés)? No Sí

Razones para la intervención del DCF \_\_\_\_\_

¿Hay algún historial de: Abuso físico Abuso sexual Negligencia

¿Hay algún historial de intervención de las autoridades (legales/judiciales)? No Sí

Razones de la intervención legal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha realizado su niño(a) alguna vez acciones de Crueldad contra los animales Prender fuego (incendio)

Robo/Hurto Vandalismo Vagancia (cortar clases) Ninguna

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PSICOLOGIA / PSIQUIATRIA  
INFORMACION DEL/LA PACIENTE**

NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL

MIAMI, FL 33155

FORMULARIO # 798.0914.0852 (NURS0852)