



More MH Counseling
Make More Happen

EVALUACIÓN PARA NIÑO / JUVEVIL

INFORMACIÓN GENERAL

Por favor proporcione la siguiente información y responder a las preguntas. Información que proporcione aquí se protege como información confidencial. Rellene este formulario y llevarlo a su primera sesión.

El nombre del niño: _____ El día de hoy: _____

Residencia de Niños: _____

la edad del niño: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Teléfono móvil: _____ Puedo dejar un mensaje? Sí No

Dirección: _____

Padre / tutor legal: _____ Padre / tutor legal: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Email: _____ (E-mail no se considera un medio de comunicación confidencial)

¿Cuál es la razón por la (s) principal que usted está buscando ayuda para su hijo? (Incluya el tiempo que él / ella ha tenido estos síntomas o problemas): _____

¿Cuáles son sus esperanzas respecto a la terapia de su hijo? _____

Información de salud en Salud y Salud Mental

Tiene actualmente su hijo tiene algún problema médico? _____

Ha sido su hijo tratado por cualquiera de los siguientes? Si es así por favor marque y describa:
lesión en la cabeza o la pérdida de la conciencia, infecciones de oído frecuentes, tubos colocados, problemas de audición o, dolores de cabeza, meningitis, convulsiones, asma, niveles elevados de plomo, el crecimiento lento / rápido, alergias, cáncer, cirugías, cualesquiera otras condiciones de visión:

su hijo ha visto anteriormente un terapeuta o psiquiatra? Si es así, ¿en qué año? ¿A quién él / ella ver y por qué razón? Acerca de cuántas reuniones tuvo a su hijo? Fue útil o no la experiencia? ¿Cómo es eso?

Ha sido su hijo hospitalizados por enfermedad médica o mental? Si es así, la lista de cuándo, dónde, y razón:

Por favor, enumere los medicamentos recetados actuales de su hijo con la dosis (psiquiatría y salud general):

Por favor, indique todos los medicamentos psiquiátricos anteriores (con la dosis y fechas): _____

¿Sospecha que su hijo consume alcohol o usa drogas recreativas? Si es así, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Tiene usted o alguien cercano a su hijo en cuenta su / su uso a ser un problema? Sí No

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo? _____

¿Quién es el psiquiatra de su hijo (si es aplicable)? _____

¿Cuándo fue la última de su hijo examen físico completo (mes / año)? _____

¿Cuántas veces a la semana hace su ejercicio niño? _____ ¿Qué tipo y la cantidad de minutos? _____

¿Qué tipo de comida se hace él / ella a veces se come? _____

FAMILIA DE SU HIJO

	MADRE BIOLÓGICA	PADRE BIOLÓGICO
edad actual, o Si la fecha de fallecidos, la edad, y la causa de muerte		
País de origen		
Ocupación		
Religiosa / espiritual		

Grado más alto completado		
Cualquier historia de los siguientes (circule por favor)	Los problemas de aprendizaje Problemas del habla Problemas médicos Problemas emocionales El alcohol o abuso de sustancias	Los problemas de aprendizaje Problemas del habla Problemas médicos Problemas emocionales El alcohol o abuso de sustancias
Describir la relación de cada padre con el niño Dar algunos ejemplos de las cosas que hacen juntos y sentimientos que tiene		

Los padres son (elija uno): Casado Apartado Divorciado Viviendo juntos

Si están separados o divorciados, ¿qué edad tenía su hijo cuando se produjo la separación? _____

El niño vive con (elija uno): Ambos padres Madre Padre Otro

¿Quién tiene la custodia legal? _____

Por favor describa el programa de visitas actual (si lo hay) y el tipo de comunicación con el otro padre del niño:

hermanos

Por favor, enumere los hermanos y hermanas de su hijo en el orden de nacimiento (incluidos los adoptivos o hermanastros).

Nombre	Bio, Step, Adoptado	Años	Grado escolar	Sexo M / F	Vive con usted? Y / N	Cualquier problema médico, social o académico (por favor indique para cada uno)?

SALUD MENTAL DE LA FAMILIA DE HISTORIA

En la sección de abajo identificar si algún miembro de su familia y la familia extendida tiene una historia de cualquiera de los siguientes. En caso afirmativo, indique la relación del miembro de la familia a que en el espacio proporcionado.

	Por favor marque	Lista de las familias Member (s)
Ansiedad (general)	Sí No	
El comportamiento compulsivo obsesivo	Sí No	
Depresión	Sí No	
Los intentos de suicidio	Sí No	

Bipolar / maníaco depresivo	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No
Abuso de sustancias	Sí	No
Violencia doméstica	Sí	No
Trastornos de la alimentación	Sí	No
Obesidad	Sí	No
Esquizofrenia	Sí	No
Asesoramiento o la psicoterapia	Sí	No
Las hospitalizaciones psiquiátricas	Sí	No

DESARROLLO DE HISTORIA DE SU HIJO

Embarazo y Nacimiento

Cuando hay alguna complicación durante el embarazo(Presión arterial alta, diabetes, hospitalización): Si es así, por favor describa:

Los medicamentos utilizados durante el embarazo? Por favor enumere: _____

¿De fumar? Sí No ¿Cuánto cuesta? _____

¿Consumo de alcohol? Sí No ¿Cuánto cuesta? _____

el consumo de drogas? Sí No ¿Cuánto cuesta? _____

Duración del embarazo? ___ Semanas Edad de la madre al nacer: _____ Peso de nacimiento: ____

¿Hubo alguna complicación durante el parto? Si es así, por favor describa: _____

Duración de la estancia en el hospital? Madre: _____ (días) Niño: _____ (días)

Los hitos del desarrollo y el desarrollo temprano

¿A qué edad su hijo haga lo siguiente (indicar meses aproximada o año de edad para cada uno):

Entregar _____ Gatear _____ Ser único _____ Caminar solo _____

Primeras palabras _____ En primer lugar Frases _____

¿Entrenado para baño? Sí No En caso afirmativo, días? _____ Noches? _____

Ha mojado su hijo o ensuciado después de haber sido entrenado? Sí No En caso afirmativo, hasta qué edad? _____

Disfrutado de mimos? si no Inquieto, irritable? si no Más activos que otros bebés? si no

Si su hijo tiene hermanos, era de desarrollo diferente de alguna manera? Explique: _____

Escuela / Académicos

grado actual de su hijo? _____ Ha él / ella repetido grado? si no Si es así, ¿cuál? _____

Nombre de escuela: _____

Dirección: _____

Escuela del Distrito / Condado? _____ Teléfono: _____ (_____)

¿Qué experiencia preescolar tenía a su hijo? _____

Cuando los problemas detectados en el cribado de la guardería de su hijo? si no Si es así, por favor explique: _____

Es el niño en una clase regular? Sí No ¿Su chILD tener un IEP? Sí No

Ha recibido alguna vez su hijo tutoría? Sí No Si es así, por favor explique: _____

¿Cuáles son los grados típicos de su hijo? _____

¿Cuáles son más fuertes y puntos más débiles de su hijo académicamente? _____

¿Está satisfecho con el programa educativo de su hijo? si no Por favor explique: _____

Inicio / Vida Familiar

¿Cuáles son 5 cosas que más acerca de su hijo disfruta? _____

¿Cuáles son algunas de las actividades que lleves a cabo como una familia? _____

¿Tiene su hijo participe en cualquier grupo religioso o fe basada? _____

¿Escucha su hijo y obedecer las instrucciones de un 75% de las veces? si no

¿Cuáles son sus técnicas de disciplina? _____

¿Cuáles son sus puntos fuertes y personalmente como padre? _____

¿Cuáles son algunas de sus áreas de crecimiento necesario? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo (cosas que él / ella es buena en)? _____

¿Cuáles son las áreas de crecimiento necesario de su hijo? _____

Social y Participación de la Comunidad

¿Cuáles son las actividades o pasatiempos favoritos de su hijo? _____

¿En qué actividades extracurriculares / comunidad está él / ella participa? _____

¿Cómo su hijo con otros niños? _____

Quienes son algunos de los amigos más cercanos de su hijo (Nombre) _____

Los síntomas o problemas de su hijo

¿Cuánto valen cada una de las siguientes áreas actualmente un problema para su hijo?

	Ningún modo	Un poco	Algo	Importantemente	Terriblemente
Ansiedad	1	2	3	4	5
Problemas físicos	1	2	3	4	5
Problemas para dormir	1	2	3	4	5
Depresión	1	2	3	4	5
Abuso de alcohol o Sub	1	2	3	4	5
Los conflictos entre padres e hijos	1	2	3	4	5
Los conflictos entre hermanos	1	2	3	4	5
Relaciones sociales	1	2	3	4	5
Problemas escolares	1	2	3	4	5
Los problemas sexuales	1	2	3	4	5
Espiritual / religiosa	1	2	3	4	5
Problemas legales	1	2	3	4	5
Desorden alimenticio	1	2	3	4	5
Abuso (físico, emocional, sexual)	1	2	3	4	5

Ha experimentado su hijo cualquier estresante (reciente o durante el pasado año) que puede estar contribuyendo a su / sus dificultades? Sí No

(Por ejemplo, las enfermedades, las muertes, las operaciones, los accidentes, las separaciones, divorcio de los padres, de los padres cambia de trabajo, la escuela cambia de niño, la familia se trasladó, problemas familiares, financieros nuevo matrimonio, un trauma sexual, otras pérdidas)? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Por favor proporcione cualquier información adicional que le gustaría que yo sepa, o que piense que serán útiles para comprender mejor a su hijo: _____

Impresión Clínica 1: _____

Impresión Clínica 2: _____

Información Adicional: _____

Firma clínico: _____

Fecha: _____

