

Brazoria County Counseling Center
120 E. Plum Angleton, Texas 77515
979 549 0889

Forma de Evaluación de Niño(a)

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Qué lo trajo a la terapia:

- Muy triste Impulsividad Comensando Fuegos Testarudo Roba Mal genio
- Desobediente Miente Muy introvertido(a)/timido(a) Infantil Problemas Sexuales
- Malo(a) con otras personas Problemas en la escuela Miedoso(a) Sonador
- Destructivo(a) Ausente de la escuela sin permiso Problemas con la ley Orinando en la cama
- Hiperactivo Se va de la casa sin permiso Ensuciandose en su propia ropa
- Auto mutilar Problemas de comer Atención corta
- Pegandose en la cabeza Problemas dormiendo Distractible Enfermo(a) seguido
- Falta de incentivo Timido(a) Uso de tabacco Impresentable/no confiable
- Comportamiento extraño Uso de alcohol Pensamientos extraños
- Llorando/Deprimido Phobia Habla de Suicidio Depende de Medicamento Recetado
- Dependencia de Otra Clase de Droga

Otra razón/ Favor de explicar : _____

Que tanto tiempo tiene este problema? _____

El problema se le hace percibido Muy serio Serio No muy serio

Qué lo trajo a la terapia? _____

Que cambios quiere ver en la familia? _____

Psychosocial History

Cual es su religion? Piensa que pueda afectar la terapia _____

Situación de familia: **Madre:** Relación al niño(a) madre biologica pariente
 madrastra madre adoptiva madre de acogida madre no esta en la vida del
nino(a) Ocupación: _____ Hasta que grado de educación: _____

Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Padre: Relación al niño(a) padre biológico pariente padrastro
 padre adoptivo padre de acogida padre no es parte de la vida del nino(a)

Ocupación: _____ Educación: _____ Lugar de Nacimiento _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

*****Notas solamente de parte de la terapeuta:*****

Nombre de Cliente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Estado Civil de Los Padres:

__ Casados __ que tanto tiempo Edad de Madre: __ Edad de Padre: _____

__ Separados (temporada: _____) __ divorciados (temporada: _____)

__ Fallecido __ (Madre) __ (Padre) __ Hace que tanto tiempo? : _____

Niño(a) es adoptado (a)

Lugar de Adopcion/Acogida temporal: _____

Razon y circunstancia: _____

Fecha de Adopcion Legal: _____ Edad cuando fue adoptado(a): _____

Niño(a) sabe que es adoptado(a): _____ Que se saben? _____

Que tantas veces se ha movido el nino/ la nina? _____

Lugar y tiempo en cada lugar? _____

Circunstancia de hogar: __ rentando __ comprando __ casa __ apartamento __ otra

El Niño/ la Niña comparte recamara? _____ No Si, con quien? _____

El Niño/ La Niña ha vivido en otro lugar fuera de con la familia? __ No __ Si

Si, Porque? _____

Hermanos Y Hermanas

Nombre	Edad	Sexo	(de Sangre, medio, hermanastro(a))	En casa	Grado/ Escuela
1.)					
2.)					
3.)					
4.)					
Hermano(a) Fallecido: Sexo, Nombre, Edad de Muerte, Circunstancia de Muerte:					

Cronica de Abuso de Droga/Abuso de Alcohol, Salud Mental i.e Depresion, Suicidio, etc. en la familia:

Asunto de Salud Medica en un miembro de Familia? Si? Favor de Explicar

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Cronica Medica:

Informacion Medica del Niño(a): (problemas medicos pasados y presente)

<u>Enfermedad/Cirugia/Hospitalización/Accidente Serio</u>	<u>Ha que Edad</u>
1.)	
2.)	

Nombre de Doctor Primario: _____

Nombre de Especialista (si aplicable) _____

<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Razon</u>	<u>Edad</u>	<u>Tiempo tomando medicamento</u>
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				

Historia de Desarrollo:

Prenatal:

Niño/Niña fue deseado?: Si No Fue planeado?: Si No

Embarazo normal? Si No

La mamá se enfermo durante el embarazo? Si No Explique _____

Temporada de embarazo?: _____

Apollo paterno durante y despues del embarazo?: Si No

La mamá abuso alcohol o droga durante el embarazo? Si No

Parto:

Temporada de parto activo: _____ Facil Dificil

Si fue prematuro(a), que tan temprano? _____

Si se paso de tiempo, que tanto tiempo? _____ Peso _____

Estatura cuando nacio? _____ Tipo de alumbramiento: espontaneo cesarea
 con instrumentos cabeza primero piez primero

Oxigeno fue necesario? Si No Transfusion de Sangre? Si No

Trauma durante el tiempo de nacimiento? Si No

Temporada be recién nacido(a):

Irritable: Si No Vomitandose: Si No Dificultad respirando: Si No

Dificultad Dormiendo: Si No Convulsiones: Si No Colico: Si No

Aumento pezo regularmente: Si No

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Hito de Desarrollo:

A que EDAD cumplio lo siguiente:

Se sento _____ Se entreno a orinar sin panal _____ Se entreno ir del cuerpo sin panal _____ Gatio _____ Camino _____ Dejo el biberon _____
Hablo con palabras individuales _____ Hablo en Oraciones _____
Experiencia fue positiva durante el entrenamiento de dejar usando el panal:
____ Si ____ No, Explique: _____

Relacion con hermanos/hermanas/ amigos(as):

____ Independente ____ Juega en grupos ____ Compititivo(a) ____ Cooperativo(a)
____ Toma lugar de Líder ____ Seguidor (a)

Historia Educacional

Nombre de Escuela	Ciudad/Estado	Grado	Retenido
Guarderia/Preescolar			
Primaria/Elementary			
Secundaria/Junior High			
Preparatoria/High School			

Tipo de Clases

____ Regular ____ Avanzadas ____ Educación Especial: ____ Disibilidad de Aprendizaje
____ Problemas Emocionales
Avanzo un nivel educacional? ____ No ____ Si, Cual grado? ____ Repitio un nivel educacional? ____ No ____ Si, Cual grado educacional? ____ Explique _____

Niño(a) tiene problemas de aprendizaje? ____ No ____ Si
Recibe tutoria en la escuela ____ No ____ Si Asiste la escuela regularmente ____ No ____ Si
Motivado(a) en la escuela ____ No ____ Si
Problemas con comportamiento en la escuela: _____

Desempeno Academica:

Cualificación mas alta en su reporte escolar: ____ Cualificación mas baja en su reporte escolar: ____
Materia/Sujeto Favorita: _____ Materia/Sujeto menos favorita: _____

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Niño(a) esta involucrado(a) en grupos educacionales, actividades, deportes en la escuela o en la comunidad? No Si, Cuales? Que tanto tiempo tiene involucrado(a)? _____

Promedio, que tantos amigos tiene su niño(a) Muchos Pocos Ningun

Aspiraciones Educacionales de su hijo(a): Dejar la escuela

Graduar la preparatoria Asistir al colegio

Le han hecho exámenes especiales ha su niño(a) en la escuela? Si No

Exámenes Psicologicos: Si No Resultados: _____

Exámenes Vocacionales Yes No Resultados: _____

Historia Legal

El niño(a) ha tenido problema con la ley? Si, explique _____

El niño(a) se ha involucrado con el departamento de justicia de jovenes?

Si, explique _____

El niño(a) ha trabajado? Si, donde y que tanto tiempo? _____

Intereses Especiales del niño(a), Pasa Tiempos, Habilidades, Talentos: _____

Padre/Guardiano(a) Historia Militar:

Padre/Madre en el ejercito Si No Historia de Combate: Si No

Rama de Ejército _____ Fecha de salida: _____

Tipo de Salida Positiva Negativa

Fecha de Registro _____ Rango al tiempo de Salir _____

***** **ESTOS AREAS SOLAMENTE PARA TERAPISTA** *****

Mental Status: (Check all that apply)

Orientation: Time Person Place

Appearance: Neat Unkempt Bizarre

Mood: Relaxed Anxious Fearful Suspicious Depressed Ashamed

Guilty Irritable Angry Happy/Euphoric

Affect: Appropriate/igh Inappropriate Blunted Flat Constricted

Thought Process : Coherent Confused Obsessive Tangential Flight of Ideas

Illogical Delusional Disorganized Hallucinating

Estimated Intelligence: High Average Borderline Low M/R

Insight : Good Limited Poor None

Judgment Good Fair Poor

Risk Assessment:

Suicidal __Current__ Ideation __ Plan __ Attempt(s) __None Currently

Explain _____

Self Injurious __Current__ Ideation __ Plan __ Attempt(s) __None Currently

Explain _____

Homicidal __Current__ Ideation __ Plan __ Attempt(s) __None Currently

Explain _____

Assaultive __Current__ Ideation __ Plan __ Attempt(s) __None Currently

Explain _____

Source of Data: Client Self Report __ Client's Parent/Guardian __ Other (Specify) _____

Diagnosis

Axis I: _____

Therapist's Signature and Credentials _____

Date _____ **Start Time:** _____ **End Time:** _____