



Atlanta Psychological Services

2308 Perimeter Park Drive
Suite 100
Atlanta, GA 30341

770-457-5577

Fax 770-457-5599
atlantapsychological.com

Check one:

rev. 10-13-18

- J. Todd George, PsyD Andrew Gothard, PsyD
 Carolyn Johnson, PhD Yoshitaro Oba, PhD
 Jessenia Rodriguez, PsyD Angela Stewart, PhD

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD INFANTIL:

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la persona completando el formulario: _____

Relación con el niño (Madre?) _____ (Padre?) _____ (Otro?) _____

Nombre del Pediatra: _____

Numero del Pediatra: _____ Fax: _____

Quien está solicitando o recomendando estos servicios para su hijo? (circule todos los que correspondan)

- Padre Terapista Medico**
Pediatra Psiquiatra Escuela
Abogado DFCS, Corte , Otro? _____

Cuál es la razón de la visita hoy? _____

Cuáles son sus primarias preocupaciones sobre su hijo? _____

VERIFIQUE LO SIGUIENTE QUE APLICA:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Comportamiento autodestructivo |
| <input type="checkbox"/> Cambios de Humor | <input type="checkbox"/> Baja motivación | <input type="checkbox"/> Baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Ideación suicida | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocarse | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Robando |
| <input type="checkbox"/> Desafío | <input type="checkbox"/> Mentiras | <input type="checkbox"/> Acaparamiento de comida |
| <input type="checkbox"/> Berrinches | <input type="checkbox"/> Actuando Sexual | <input type="checkbox"/> Búsqueda de Atención |
| <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo | <input type="checkbox"/> Retraso de lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Pobre habilidades sociales | <input type="checkbox"/> Pobre contacto visual | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sensoriales | <input type="checkbox"/> Mala memoria | <input type="checkbox"/> Problemas de Organización |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de trastorno alimentario | <input type="checkbox"/> Baja tolerancia a la frustración | |
| <input type="checkbox"/> Habilidades motoras o problemas de coordinación | | |

HISTORIA DE DESAROLLO

Duración del embarazo: _____ Peso del niño al nacer: _____

Algún problema con el embarazo o parto? (circule uno) **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Algún abuso conocido de alcohol o sustancia durante el embarazo? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Cualquier problema de salud al nacer? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

El niño fue hospitalizado por un periodo de tiempo después del nacimiento? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

Cualquier retraso con el desarrollo (hablar, caminar, ir al baño, etc.)? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique: _____

Alguna vez su hijo recibió algunos de los siguientes servicios?

	Actualmente?	En el pasado?	En caso que si, describa por favor:
Terapia de Habla			
Terapia Física			
Terapia Ocupacional			

HISTORIAL MEDICO

Cuando fue la última visita de su hijo al pediatra? _____

Alguna preocupación en este momento? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo tiene problemas con la vista o audición? **SI** **NO**

En caso que si, son corregidas con (con gafas, lentes de contacto, o audífonos , etc.)?

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por razones generales medicas? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, cual es la razón y fecha aproximada:

Su hijo ha tenido cirugía? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Tiene su hijo alguna enfermedad crónica (tal como diabetes o asma etc.)? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo tiene alguna alergia a medicina, comida u otras alergias? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo actualmente toma algún medicamento recetado (no psiquiátrico): **SI** **NO**

En caso que si, nombres de la medicina:

Ha tenido una vez su hijo alguna lesión en la cabeza? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique: _____

Su hijo ha tenido alguna lesión mayor? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Tiene su hijo algún problema con el apetito aumento de peso o pérdida de peso?

SI **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo tiene problemas para dormir o pesadillas? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

HISTORIAL FAMILIAR

Nombres y edades de los hermanos del niño: _____

Actualmente quien vive en el hogar? _____

Verifique cualquier crisis familiar o problema que haya ocurrido en el hogar del niño:

(describa en la sección de comentarios según sea necesario)

___ Separación/divorcio de los padres

___ Nuevo trabajo de los padres

___ Muerte de un miembro de la familia

___ Mudarse a un hogar nuevo

___ Muerte de una mascota

___ Nacimiento de un hermano

___ Enfermedad grave de un miembro familiar

___ Adición en un miembro familiar

___ Otro _____

Comentarios:

Tiene su hijo oportunidades de jugar con otros niños? _____

Como se lleva su hijo con otros niños ? _____

Cuáles son las actividades favoritas de su hijo? _____

HISTORIAL EDUCACIONAL

Nombre de la escuela del niño: _____

En qué grado esta? _____ Calificaciones actuales o más recientes: _____

Ha repetido su hijo algún grado? (Si es así, cuáles?) _____

Recibe su hijo servicios de educación especiales? **SI NO**

Si es así, porque razón? (marque lo que corresponde) **comportamiento emocional educacional**

Alguna disciplina escolar (suspensiones, expulsiones) o problemas de comportamiento en la escuela?
SI NO

En caso que si, por favor explique: _____

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Su hijo alguna vez recibió un diagnostico de salud mental en el pasado? **SI NO**
En caso que sí, que diagnostico?

Ha visto alguna vez su hijo a un psiquiatra para medicación psiquiátrica? **SI NO**
En caso que si: Nombre del psiquiatra? _____
Cuando? _____

Esta su hijo **ACUTUALMENTE** tomando medicamentos psiquiátricos? **SI NO**
En caso que si, nombre(s) de medicina(s):

Su hijo ha tomado alguna otra medicina psiquiátrica en el pasado? **SI NO NO SE**
En caso que si, nombre(s) de medicina(s) cantidad (si se sabe):

Su hijo ha tenido una evaluación psiquiátrica en el pasado? **SI NO NO SE**
En caso que si, cuando y cuál fue el diagnostico? _____

Está recibiendo ACTUALMENTE su hijo terapia o asesoramiento por problemas emocionales o de conducta?

<i>(circule lo aplicable)</i>	Proveedor o Agencia	Fecha de comienzo	Frecuencia	Para que problemas?
Individual				
Grupo				
Familia				
Otro				

Su hijo ha recibido terapia o consejería en el PASADO por problemas emocionales o de conducta?

<i>(circule lo aplicable)</i>	Proveedor o Agencia	Fecha de comienzo	Fecha de fin	Porque se detuvo la terapia?
Individual				
Grupo				
Familia				
Otro				

Alguna vez su hijo ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico? **SI** **NO**

En caso que si, por favor de fecha(s) y nombre(s) de hospitales:

Su hijo alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio o amenazas de suicidio? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo ha hecho algún intento de suicidio? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

Su hijo alguna vez ha sido abusado o descuidado? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, circule lo aplicable y brevemente describa:

<i>(circule lo aplicable)</i>	Describa brevemente
Físico	
Verbal / Emocional	
Sexual	
Negligencia	

Hay algún historial de problemas de salud mental en la familia del niño?

SI NO **NO SE**

En caso que si, por favor explique: _____

Como disciplina a su hijo? _____

Hay alguna preocupación adicional sobre su hijo? _____