

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

**Niño - Formulario de Evaluación de Admisión**

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Motivo de la consulta:**

\_\_ muy infeliz \_\_ impulsivo \_\_ prendió fuego \_\_ irritable \_\_ obstinada \_\_ Stealing \_\_ estallidos de mal genio \_\_ Desobediente \_\_ mentira \_\_ retirado \_\_ Infantil \_\_ Sexual Problemas \_\_ Soñar despierto \_\_ malo con los demás \_\_ asuntos de la escuela \_\_ Temeroso \_\_ destructiva \_\_ absentismo escolar \_\_ Problemas con la ley \_\_ Mojar la cama \_\_ hiperactiva \_\_ Funcionamiento lejos \_\_ pantalones ensuciar \_\_ auto Mutilar \_\_ problemas de alimentación \_\_ Despistado \_\_ golpearse la cabeza \_\_ Problemas para dormir \_\_ Distráido \_\_ Iniciativa \_\_ Lacks enfermizo \_\_ Shy \_\_ Comportamiento del uso del tabaco \_\_ Undependable \_\_ Strange \_\_ uso de alcohol \_\_ pensamientos extraños \_\_ El llanto / Depresión \_\_ fobia \_\_ \_\_ suicida Discusión La dependencia de los prescritos, medicamentos de venta libre \_\_ Otro Drogodependencias

Otro / Explicar: ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha sido un problema \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Los problemas percibidos como \_\_ Muy grave \_\_ grave \_\_ no es grave ¿Cuál fue la razón de la búsqueda de ayuda en este momento

\_\_\_\_\_ ¿Qué cambios le gustaría ver en el? ¿familia? \_\_\_\_\_

---

**Historia psicosocial**

Afiliación religiosa que pueda afectar a la terapia \_\_\_\_\_ Estado Actual de la Familia:

**Madre:** Relación con el niño \_\_ \_\_ padre biológico relativa \_\_ \_\_ padrastro padre adoptivo \_\_ \_\_ padre de crianza madre no parte de su vida Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Padre:** Relación con el niño \_\_ \_\_ padre biológico relativa \_\_ \_\_ padrastro padre adoptivo \_\_ \_\_ padre de crianza madre no parte de su vida Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**TERAPEUTA Sólo notas:** \_\_\_\_\_

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Estado civil de los padres / tutores:**

\_\_\_ Casado cuánto tiempo Edad: (MOM) \_\_ (papá) \_\_\_

\_\_\_ Separado divorciado (cuánto tiempo: \_\_) \_\_\_ Deceased (MOM) \_\_ (papá) \_\_\_

¿Cuánto hace: \_\_\_\_\_

**Si el niño es adoptado / Cuidado de Crianza :**

Adopción / Foster care Fuente: \_\_\_\_\_

La razón y circunstancias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de adopción

legal: \_\_\_\_\_ Edad niño adoptado: \_\_\_\_\_ ¿Sabe el niño: \_\_\_\_\_ ¿Qué sabe del niño:

**Arreglos de vivienda:**

¿Cuántas veces se ha movido niño / adulto? \_\_\_\_\_

Lugares y longitud de tiempo allí? \_\_\_\_\_ Actualmente reside:???? \_\_ \_\_

renting\_\_ buying\_\_ casa de apartamentos \_\_ otro hace el niño comparten una habitación \_\_\_\_\_ En caso

afirmativo, con que \_\_\_\_\_ jamás se ha colocado niño, abordaron, o vivían lejos de la familia \_\_\_\_\_

¿Por \_\_\_\_\_

**Hermanos y hermanas**

<u>Nombre</u>	<u>Años</u>	<u>Sexo</u>	<u>(Completa, Media, Paso) en casa</u>	<u>Grado presente</u>
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				
hermanos fallecidos: Sexo, nombre, edad de la muerte, las circunstancias de la muerte:				

**Antecedentes familiares de drogas / abuso de alcohol, salud mental es decir, depresión, suicidio, etc.**

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

**Importante problema de salud de un familiar? Si es así, explique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Información de Salud Cliente: (todos los problemas de salud en el pasado y presente)

<u>Enfermedad / Cirugías / hospitalizaciones / accidente grave</u>	<u>Qué edad</u>
1.)	
2.)	

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ nombre de  
Especialista visto (si es aplicable) \_\_\_\_\_

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Razón por la edad prescrita</u>	<u>Amt. de tiempo en la medicación</u>
1.)			
2.)			
3.)			
4.)			

**La historia del desarrollo:**

**Prenatal:**

Hijo deseado:  Sí  No planeadas para:  Si  No embarazo normal  Si  No era la madre enferma o  
malestar durante el embarazo? Explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ duración del embarazo: \_\_\_\_\_

apoyo paterno durante el embarazo y después:  Si  No ¿abusan de las drogas o el alcohol madre durante el  
embarazo \_\_\_\_\_

**Nacimiento:** Duración del trabajo de parto activo? \_\_\_\_\_ \_ Fácil \_ Difficult Si prematura, ¿Qué tan temprano? \_\_\_\_\_ Si vencido, hasta  
qué hora? \_\_\_\_\_ Nacimiento Peso? \_\_\_\_\_ Ht nacimiento? \_\_\_\_\_

Tipo de entrega:   cesarean espontánea con instrumentos   cabeza primero incumplimiento Era necesaria de oxígeno?   
sangre Transfusión  trauma al bebé en el momento del nacimiento?

**Período recién nacido:**

Irritabilidad: Sí  No  Vómitos: Sí  No  dificultad para respirar: Si  No  dificultad para dormir: Si  No   
convulsiones / Convulsiones: Si  No  Cólico: Si  No  normal el aumento de peso: Si  No  alimentados con  
leche materna Sí  No

**Los hitos del desarrollo: ¿A qué**

**edad se logra que:**

Se incorporó \_\_\_\_\_ vejiga Trained \_\_\_\_\_ intestino Formado \_\_\_\_\_ Crawled \_\_\_\_\_ caminado \_\_\_\_\_ destetados de  
bottle \_\_\_\_\_ Spoke sola words \_\_\_\_\_ Sentences \_\_\_\_\_ Niño experiencia de esfínteres: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Relación con hermanos y compañeros:**

\_\_\_\_ Independiente de reproducción de grupo \_\_\_\_ competitiva Cooperativa \_\_\_\_ papel de liderazgo un Seguidor

**Historia educacional**

<u>Nombre de Escuela</u>	<u>Ciudad / St.</u>	<u>grado retenido</u>
Preescolar		
Elemental		
Secundaria		
Escuela secundaria		

**Tipo de clases:**

\_\_\_\_ regular avanzada \_\_ Educación Especial: \_\_\_\_ discapacidad de aprendizaje Problemas emocionales Hizo niño se salta un nivel de grado \_\_\_\_ repiten algún curso \_\_\_\_?

En caso afirmativo, ¿Se Explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ niño tiene dificultades específicas de aprendizaje? \_\_\_\_\_ recibir tutoría \_\_ Si \_\_ No \_\_ Sí asistencia regular \_\_ No Motivado \_\_ Si \_\_ No hay problemas de comportamiento en la escuela:

**Desempeño académico:**

Grado más alto de la última tarjeta de calificaciones \_\_\_\_ grado más bajo en el Informe card \_\_\_\_ tema preferido:?  
\_\_\_\_\_ menos tema preferido: \_\_\_\_\_ niño involucrado en Actividades Extracurriculares en la escuela? Si es así, ¿qué actividad y cuánto tiempo \_\_\_\_\_

En promedio, la cantidad de amigos ¿Tiene el niño \_\_ Mucho \_\_ \_\_ pocas aspiraciones educativas Ninguno de Niños: \_\_ \_\_ abandonan la Graduate HS \_\_ asistir a la universidad niño ha tenido una prueba especial en la escuela? \_\_ Si no

Las pruebas psicológicas: \_\_ Sí \_\_ No Resultado: \_\_\_\_\_ Resultado profesional Testing \_\_ Sí \_\_ No: \_\_\_\_\_

**Historia del Derecho**

niño ha tenido alguna dificultad con la policía? En caso afirmativo, explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ha sido niño alguna vez en libertad condicional juvenil? En caso afirmativo, explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Se ha empleado anteriormente niño? En caso afirmativo, dónde y cómo long \_\_\_\_\_

niño de intereses especiales, Hobbies, capacidades: \_\_\_\_\_

**Padre / tutor de Historia Militar:**

Padres es militar activo  Sí  No Historia de combate:  Si  No Branch \_\_\_\_\_ de descarga

Fecha: \_\_\_\_\_ Type de Discharge \_\_\_\_\_ Fecha de publicación \_\_\_\_\_ Rank en

Discharge \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* **PARA THERAPISTONLY. No rellenar más allá de este \*\*\*\*\* LÍNEA**

**Estado mental: (Marque todo lo que corresponda)**

**Orientación:**  Tiempo  Persona  Lugar

**Apariencia:**  Neat  Unkempt Bizarro

**Estado anímico:**   relajado ansioso temeroso   sospechoso deprimido   Avergonzado culpable

irritable   enojado feliz / eufórico

**Afectará:**  Apropiaada / IGH   inadecuado Blunted   plana de constricción

**Proceso de pensamiento :**  Coherente   confundido  Obsessive  Tangential fuga de ideas   ilógico

delirante   desorganizado Alucinante

**Inteligencia estimado:**    Alta Media Baja límite  M / R

**Visión :**  Buena  Limited   Ninguno Pobre

**juicio**    buena Fera Pobre

**Evaluación de riesgos :**

**suicida** Current  Ideación   Plan de intento (s)  None Actualmente Explicar

\_\_\_\_\_

**Auto nocivas**  Current  Ideación   Plan de intento (s)  None Actualmente Explicar

\_\_\_\_\_

**homicida**  Current  Ideación   Plan de intento (s)  None Actualmente Explicar

\_\_\_\_\_

**assaultive**  Current  Ideación   Plan de intento (s)  None Actualmente Explicar

\_\_\_\_\_

**Fuente de datos :** Cliente Self Report  padre / tutor  Otro del Cliente (especificar) \_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

Eje I: \_\_\_\_\_

**Firma del terapeuta y Credentials** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**Hora de inicio:** \_\_\_\_\_ **Hora de finalización:** \_\_\_\_\_