



Fecha de hoy \_\_\_\_\_

En este formulario, "niño" se refiere a niño/niña/adolescente.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ ¿Qué pronombres  Ella  
debemos usar para  Él  
referirnos a su niño?  Algún otro \_\_\_\_\_

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

Nombre de usted \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

(Opcional) Origen étnico del niño (opcional). Marcar todos los que correspondan:

- Afroamericano  Asiático  Hispano  Nativo Americano/Alaskeño  
 Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico  Blanco  Otro \_\_\_\_\_

Lengua(s) que se habla(n) en casa: \_\_\_\_\_

**Embarazo y nacimiento**

¿Hubo problemas durante el embarazo o el parto?  No se sabe  No  Sí  
 (explique) \_\_\_\_\_

¿La madre recibió atención prenatal con regularidad?  No se sabe  No  Sí

¿Usó sustancias adictivas durante el embarazo?  No se sabe  No  Sí  
 (indique)  Cigarros  Alcohol  Medicinas recetadas  Drogas  Otra \_\_\_\_\_

**Atención médica y dental**

Nombre del doctor/clínica \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cita más reciente \_\_\_\_\_ Motivo de esa cita \_\_\_\_\_

Nombre del dentista/clínica \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cita más reciente \_\_\_\_\_ Motivo de esa cita \_\_\_\_\_

**Vacunas y medicamentos**

¿Están al corriente sus vacunas?  No se sabe  No  Sí  
 ¿Toma el niño algún medicamento, vitaminas o fluoruro?  No se sabe  No  Sí

En caso afirmativo, escriba cuáles.

Medicamento	Dosis y concentración	Razón	Fecha/hora de la última toma/aplicación	Recetada por:
<i>Eemplo: amoxicilina</i>	<i>250 mg, diariamente por la mañana y por la noche</i>	<i>Infección de oído</i>	<i>ayer</i>	<i>Dr. Fulano</i>

**Alergias**

¿Tiene alergias a alimentos o medicamentos?  No se sabe  No  Sí  
 (explique la reacción) \_\_\_\_\_

**Marque solo en caso afirmativo** (incluya la edad que tenía el niño o fechas aproximadas y detalles).

- Hospitalizaciones/cirugías \_\_\_\_\_
- Ha estado en urgencias o clínicas de atención inmediata \_\_\_\_\_
- Ha sufrido lesiones o accidentes graves \_\_\_\_\_
- Puntos de sutura/fracturas \_\_\_\_\_
- Envenenamientos accidentales \_\_\_\_\_
- Asma/problemas respiratorios \_\_\_\_\_
- Problemas cardíacos/soplo cardíaco \_\_\_\_\_
- Problemas cutáneos (lunares, eczema, verrugas, mezquinos) \_\_\_\_\_
- Moretones/trastornos de la sangre \_\_\_\_\_
- Cicatrices/quemaduras \_\_\_\_\_
- Ataques/convulsiones, desmayos, problemas neurológicos \_\_\_\_\_
- Problemas de la vista, el habla o la audición \_\_\_\_\_
- Problemas del desarrollo/evaluaciones del desarrollo \_\_\_\_\_
- Déficit de atención/preocupación sobre su salud mental \_\_\_\_\_
- Problemas alimentarios, aumento o pérdida de peso \_\_\_\_\_
- Hay fumadores en casa \_\_\_\_\_
- Otras preocupaciones médicas actuales o pasadas \_\_\_\_\_

**Marque solo en caso afirmativo** y explique.

- Es/fue difícil entrenarlo para usar el baño \_\_\_\_\_
- Se orina en el día/la noche \_\_\_\_\_
- Se hace popó en la ropa \_\_\_\_\_
- Estreñimiento o diarrea crónicos \_\_\_\_\_
- Erupciones o llagas en sus partes privadas adelante/atrás \_\_\_\_\_
- Sangrado o secreción de sus partes privadas adelante/atrás \_\_\_\_\_
- Dolor o comezón en sus partes privadas adelante/atrás \_\_\_\_\_
- Infecciones del tracto urinario, de riñones o vejiga \_\_\_\_\_
- Lesiones pasadas en sus partes privadas \_\_\_\_\_

**¿Cómo les llama el niño a las partes privadas?**

A la parte masculina de adelante \_\_\_\_\_ A las nalgas \_\_\_\_\_  
A la parte a femenina de adelante \_\_\_\_\_ A los pechos \_\_\_\_\_

**Menstruación**

Fecha de su primera regla \_\_\_\_\_ Fecha de su última regla \_\_\_\_\_  
Usa:  Toallas sanitarias  Tampones  Ambos  Otro \_\_\_\_\_

**Historial familiar**

Marque las enfermedades o afecciones que padecen o han padecido los padres o hermanos del niño.

	<u>Padres</u>	<u>Hermanos</u>		<u>Padres</u>	<u>Hermanos</u>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TDAH -Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ( <b>ADHD</b> , por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuente fractura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____					

¿Hay alguna otra preocupación sobre la salud del niño? \_\_\_\_\_

**Familia**Fecha de nac.

Padres \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Padrastro/madrastra \_\_\_\_\_

Medios hermanos \_\_\_\_\_

Hermanastros \_\_\_\_\_

**Matrimonios/parejas**Nombres de esposos/parejas de cada uno de los padresFechas de la relación**Vivienda**Domicilio actual¿Quiénes viven ahí?¿Cuánto tiempo ha vivido el niño ahí?

¿Alguna vez el niño ha estado sin hogar o ha vivido con otra familia?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Cuidadores**Otras personas que se han encargado del cuidado del niño (*niñeras, nanas, guardería, parientes*):NombreRelación/parentescoFechas**Empleo de los padres**

Nombre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ o  Desempleado

Nombre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ o  Desempleado

Nombre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ o  Desempleado

**Situaciones previas**

Describa situaciones o sospechas anteriores de abuso infantil en la familia:  Ninguna

Describa si anteriormente se ha implicado con su familia la agencia de protección de menores o la policía:  Ninguna

Describa si los padres/tutores del niño sufrieron abuso durante su infancia/adolescencia:  Ninguno

**Factores estresantes en la familia**

Describa lo que ha estado causando estrés en la familia (fallecimientos, enfermedades, problemas económicos, pérdida de empleo, carencia de alimentos, amenazas a la seguridad, desastre natural, etc.)

**Violencia**

Describe las maneras en que el niño está expuesto a violencia:

No está expuesto

En casa \_\_\_\_\_

En la escuela \_\_\_\_\_

En la comunidad \_\_\_\_\_

¿Ha visto crueldad hacia los animales?

No  Sí

(describe) \_\_\_\_\_

**Desnudez, actividad sexual o pornografía**

¿Qué ha visto?

Ninguna

(describe) \_\_\_\_\_

**Armas**

¿Hay armas en casa o en casas que el niño visita?

No  Sí

(describe) \_\_\_\_\_

**Alcohol y Drogas**

Describe cómo está expuesto el niño al uso de alcohol o drogas: \_\_\_\_\_

**Educación**

Escuela del niño \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Cómo va en la escuela?  Regular  Promedio alto  Promedio bajo

Tiene problemas de aprendizaje, sigue un plan educativo **504** o un **IEP** (Plan de Educación

No  Sí

Individualizado)

(explique) \_\_\_\_\_

Mencione los problemas que el niño tenga en la escuela: \_\_\_\_\_

Problemas por acoso escolar (*bullying*): \_\_\_\_\_

**Historial de salud mental**

¿Ha tenido el niño consejería, o algún otro tratamiento de salud mental?

No  Sí

Razón/diagnóstico \_\_\_\_\_

Consejero/agencia \_\_\_\_\_

Fechas \_\_\_\_\_

Programa de tratamiento/hospital \_\_\_\_\_

Fechas \_\_\_\_\_

**Aspectos emocionales o comportamientos preocupantes en el niño**

De los puntos siguientes, describa lo que le preocupa:

Nada

Trastornos del sueño \_\_\_\_\_

Temores/ansiedad \_\_\_\_\_

Tristeza/aislamiento \_\_\_\_\_

Hiperactividad \_\_\_\_\_

Dificultad para concentrarse \_\_\_\_\_

Dice mentiras \_\_\_\_\_

Comportamientos sexuales \_\_\_\_\_

Se autolesiona \_\_\_\_\_

Piensa en lastimarse \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones \_\_\_\_\_

**Disciplina**

¿Cómo lo disciplina/castiga? \_\_\_\_\_