



**CLINICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**  
St. Mary's Center for Children (Centro Infantil de St. Mary's).  
3700 Washington Avenue  
Evansville, IN 47750  
1-877-589-9858  
812-485-7215

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombres y apellidos del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos anteriores (de haberlos): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Niño/Niña

El nombre suyo: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Razón para la consulta:**

¿Cómo supo acerca de la clínica? ¿Quién le aconsejó que hiciera cita para el niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente las razones por las cuales busca ayuda para el niño:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuánto hace que el niño le preocupa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho para atender sus preocupaciones? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué le dijo al niño acerca de la consulta de hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información acerca de la familia:**

Nombres de los tutores legales del niño:

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Grado escolar al que llegó la madre: \_\_\_\_\_ Grado escolar al que llegó el padre: \_\_\_\_\_

A qué se dedica la madre: \_\_\_\_\_ A qué se dedica el padre: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres:

- Casados
- Divorciados
- Separados
- Difuntos
- Nunca se casaron

Dé toda información pertinente al estado civil de los padres: \_\_\_\_\_

Si los padres están separados o divorciados, edad del niño cuando se separaron o se divorciaron: \_\_\_\_\_

Fechas de casamientos posteriores de los padres (si aplica): \_\_\_\_\_

Días en que se hace cargo del niño el padre que no tiene la custodia: \_\_\_\_\_

Otras personas que cuidan al niño con frecuencia: \_\_\_\_\_

Filiación religiosa o espiritual de los padres y del niño: \_\_\_\_\_

**Ponga en lista los nombres de los parientes inmediatos del niño (incluya a los medio hermanos y a los hermanastros):**

Nombre	Edad	Grado de parentesco	Vive en la misma casa Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No

**El embarazo y el desarrollo del niño:**

¿Tuvo la madre un embarazo normal?      Sí/No      (describa): \_\_\_\_\_

Meses que duró el embarazo \_\_\_\_\_      Cuántas semanas se adelantó \_\_\_\_\_      o se atrasó \_\_\_\_\_

Tipo de parto:       Vaginal       De nalgas       Cesárea       Con ayuda de fórceps

¿Hubo complicaciones durante el parto o al dar a luz?      Sí/No      (describa): \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras y onzas o \_\_\_\_\_ kilos      Días hospitalizado: \_\_\_\_\_

Prueba de Apgar, si conoce los valores: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ¿Hubo que ayudar al bebé a respirar?    Sí/No

Dificultades de recién nacido                      oNinguna    oCianosis (se puso morado)  
oLo internaron en la sala de cuidados intensivos o en una sala de atención especial o  
Otras dificultades: \_\_\_\_\_

Edad en que el niño logró cada una de las siguientes destrezas:

Se sentó sin ayuda	_____	Dijo sus primeras palabras	_____
Gateó	_____	Juntó dos o tres palabras	_____
Caminó	_____	Dijo oraciones completas	_____
Aprendió a ir al baño	_____	Se vistió solo	_____

Cómo era el temperamento (la personalidad) del niño cuando era bebé (por ejemplo: irritable, feliz, afable, difícil):

Cuando tenía entre 12 y 36 meses: \_\_\_\_\_  
Ya mayor de tres años \_\_\_\_\_

Preocupaciones acerca del desarrollo del niño (en cuanto a sus aptitudes para aprender, para hablar y entender, para moverse y para usar las manos): Sí/No (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preocupaciones acerca de la alimentación del niño cuando era bebé: Sí/No (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alguna dificultad con el aprendizaje para usar el baño?    Sí/No      (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño problemas para dormirse? ¿Se despierta con frecuencia/le cuesta conciliar el sueño otra vez? Sí/No (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuando tenía entre 12 y 36 meses de edad, ¿lo cuidaba en casa uno de los padres, ya sea a tiempo parcial o completo? ¿Qué circunstancias llevaron al padre o a la madre a dejar el trabajo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En qué se diferencia el niño de sus hermanos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño dificultades emocionales o de comportamiento? Entre otras:

Antecedentes de:                      Edad aproximada cuando empezó. Indique con una palomita si aún lo hace.

- Golpearse la cabeza contra una superficie \_\_\_\_\_
- Tartamudear \_\_\_\_\_
- Dejar de respirar adrede \_\_\_\_\_
- Hacerse pupú o pipí en la ropa (estando despierto) \_\_\_\_\_
- Echar rabietas/Tener pataletas \_\_\_\_\_
- Comerse las uñas \_\_\_\_\_
- Tener celos excesivos \_\_\_\_\_
- Pegarles a los demás \_\_\_\_\_
- Hiperactividad \_\_\_\_\_
- Dificultad para prestar atención \_\_\_\_\_
- Soñar despierto con frecuencia \_\_\_\_\_
- Llorar con frecuencia \_\_\_\_\_
- Irritabilidad \_\_\_\_\_
- Chuparse el dedo en exceso \_\_\_\_\_
- Masturbar en exceso \_\_\_\_\_
- Hacerse daño \_\_\_\_\_
- Parecer que está en su propio mundo \_\_\_\_\_
- Tener pensamientos obsesivos \_\_\_\_\_
- Necesidad excesiva de contar o de tocar objetos \_\_\_\_\_
- Problemas para dormir \_\_\_\_\_
- Tener pesadillas \_\_\_\_\_
- Hacerse pipí en la cama \_\_\_\_\_
- Tener temores excesivos \_\_\_\_\_
- Ser fantasioso en exceso \_\_\_\_\_
- Ser demasiado sensible al ruido, a los sabores, a los olores y/o a las texturas \_\_\_\_\_
- Hacerles daño a los demás a propósito \_\_\_\_\_
- Poner problemas para ir a la escuela \_\_\_\_\_
- Tener dificultad para hacer amigos \_\_\_\_\_
- Tener alucinaciones o delirar \_\_\_\_\_
- Amenazar con suicidarse o con cometer homicidio \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos:**

	Indique "Sí" o "No" con un círculo	Edad	Describa
Alergias	Sí/No		
Problemas con el apetito o para comer	Sí/No		
Asma	Sí/No		
Torpeza/Deficiencias motoras	Sí/No		
Estreñimiento crónico	Sí/No		
Infección crónica de los oídos	Sí/No		
Dolores de cabeza	Sí/No		
Problemas para oír o del oído	Sí/No		
Lesión de la cabeza	Sí/No		
Pesadillas	Sí/No		
Fiebres altas que no se le bajan	Sí/No		
Discapacidades físicas	Sí/No		
Ataque cerebral o convulsiones	Sí/No		

Apnea del sueño o roncar	Sí/No		
Cirugías	Sí/No		
Tics/Movimientos nerviosos	Sí/No		
Problemas de la vista o de los ojos	Sí/No		
Bebe alcohol o lo abusa	Sí/No		
Usa o abusa drogas ilícitas	Sí/No		
Hace cosas arriesgadas	Sí/No		

Añada información adicional acerca de lo que haya señalado anteriormente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enfermedades por las cuales recibe tratamiento médico actualmente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono del pediatra: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con el pediatra? Sí/No

¿Toma medicamentos actualmente?      Sí/No      (póngalos en la lista):

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Nombre del médico que lo recetó</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dificultades para cumplir con los consejos del médico para los medicamentos u otros tratamientos:      Sí/No  
 (describa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna otra enfermedad (además de la que padece en este momento)? (Indique la edad y si hubo complicaciones): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones: Sí/No      (describa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Otros asuntos o preocupaciones sobre la salud del niño: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enfermedades y otros problemas médicos del resto de la familia: (describa): \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de dificultades de aprendizaje o de atención: (describa):

Antecedentes familiares de problemas de comportamiento, emocionales o psicológicos, entre otros, uso frecuente de alcohol o de otras sustancias con el fin de sobrellevar sus problemas: (describa): \_\_\_\_\_

Mano dominante:      oDerecha      oIzquierda      oAmbas (Ambidextro)

¿Hay zurdos o ambidextros en la familia?      Sí/No (Indique quiénes, como abuela materna, primo, etc.):

Ponga en lista los nombres de los consejeros, psicoterapeutas, psicólogos y psiquiatras que hayan tratado al niño:

<u>Edad</u>	<u>Nombre del especialista</u>	<u>Servicio prestado</u> (hacer pruebas, dar tratamiento, recetar medicamentos)	<u>¿Fue útil?</u>
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No
_____	_____	_____	Sí/No

Hospitalizaciones psiquiátricas: Sí/No      (describa): \_\_\_\_\_

Ha tomado alguna vez medicamentos para el ánimo o para el comportamiento: Sí/No (describa):

**Antecedentes escolares:**

Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Notas que lleva: \_\_\_\_\_

¿Lo han eximido de cursar un grado?:      Sí/No      ¿Cuál grado? \_\_\_\_\_      Razón: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido?:      Sí/No      ¿Cuál grado? \_\_\_\_\_      Razón: \_\_\_\_\_

¿Participa en programas de enseñanza para niños que llevan retraso, que van adelantados o que necesitan algún tipo de educación especial, o asiste a clases para alumnos superdotados?      Sí/No      (describa):

¿Materias favoritas? \_\_\_\_\_

¿Materias que se le dificultan? \_\_\_\_\_

¿Se le han hecho pruebas psicológicas al niño?      Sí/No      ¿Cuándo?/¿Por qué?      ¿Cuáles fueron los resultados y las recomendaciones del psicólogo? \_\_\_\_\_

*\*Si contestó que sí, sírvase pedirles que nos envíen copias al consultorio, o llenar el formulario para darnos permiso para pedirles directamente.*

	Indique "Sí" o "No" con un círculo	Edad	Describa
Intervención pedagógica a edad temprana	Sí/No		
Terapia ocupacional	Sí/No		
Fisioterapia	Sí/No		
Terapia del habla	Sí/No		

***\*Si el niño recibe algún tipo de educación especial, se le ruega que adjunte copia del Programa de Educación Individualizada (Individual Education Plan o IEP) o que le pida a la escuela que nos lo envíe.***

Según sus maestros tiene dificultades:

Para leer _____	Para prestar atención o concentrarse _____
Para deletrear _____	De comportamiento _____
Con las matemáticas _____	Con las relaciones con los demás _____
Para escribir _____	De adaptación emocional _____

¿Han mandado al niño alguna vez en la escuela a la sala de castigos, lo han suspendido, o lo han expulsado? Sí/No (describa): \_\_\_\_\_

Escuelas a las que ha asistido, empezando por el preescolar

Fechas en que asistió (ingreso - salida)

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

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

Si aplica, dé una descripción breve de las dificultades que haya tenido el niño en las escuelas que acaba de enumerar:

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

Si aplica, describa los problemas que el niño haya tenido con otros niños (por ejemplo: ha sido blanco de intimidaciones o de burlas, tiene pocos amigos, carece de destrezas para relacionarse, es agresivo o mandón, es tímido): \_\_\_\_\_

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

¿Es miembro de algún club, juega deportes o participa en alguna otra actividad organizada?: Sí/No (enumérelas):

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

¿De qué actividades disfruta el niño? ¿Disfruta estar con amigos? \_\_\_\_\_

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

¿Qué método le resulta para disciplinar al niño? \_\_\_\_\_

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

¿A qué miembro de la familia inmediata escoge el niño con mayor frecuencia para contarle sus secretos, sus preocupaciones y sus sentimientos? \_\_\_\_\_

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

Enumere algunos de los puntos fuertes y talentos del niño: \_\_\_\_\_

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

Indique si el niño o la familia han pasado por alguna de las circunstancias o dificultades que se enumeran a continuación y explique:

- Mudanzas: \_\_\_\_\_
  - Cambio de trabajo: \_\_\_\_\_
  - Defunciones: \_\_\_\_\_
  - Enfermedades: \_\_\_\_\_
  - Problemas de pareja: \_\_\_\_\_
  - Cambios en el trabajo: \_\_\_\_\_
  - Alguien importante para el niño o para la familia se mudó lejos: \_\_\_\_\_
  - Experiencias traumáticas: \_\_\_\_\_
  - Ser testigo de un suceso traumático: \_\_\_\_\_
  - Maltrato físico o sexual o negligencia/abandono: \_\_\_\_\_
  - Intervención de la agencia estatal de Servicios Sociales y para la Familia (Family and Social Services): \_\_\_\_\_
- 
- Problemas legales o con las autoridades: \_\_\_\_\_
  - Otras circunstancias: \_\_\_\_\_

Escriba aquí cualquier otra información acerca del niño que desee compartir e indique también la ayuda que desea que le prestemos. Agradecemos el tiempo que dedicó para llenar este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---