



## EVALUACION DE CLIENTE MENOR

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

### INFORMACION PARTICULAR

Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Lugar de Nacer \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Preferencia de idioma \_\_\_\_\_

Domicilio de casa \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FAMILIA

Nombres de ambos padres: A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (A) teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (B) teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Estatus de relación de padres (*casados, vivir juntos, separados*): \_\_\_\_\_

Si están separados, **acuerdo de custodia\***: \_\_\_\_\_

¿Quiénes son los adultos en el hogar? \_\_\_\_\_ biológico tutor padrastro adoptivo

\_\_\_\_\_ biológica tutor madrastra adoptiva

Otros niños/hermanos (*dar nombres, edades, situación de vivienda*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros adultos en hogar: (*dar nombres, relación, tiempo de vivir en hogar*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia nombre/Relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACION de TERAPIA:

¿Quién lo recomendó? \_\_\_\_\_

Consejería anterior: \_\_\_\_\_

Propósito de buscar terapia (*¿cuál apoyo quiere para su hijo?*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES ACTUALES

*Por favor identifique abajo los síntomas o el comportamiento preocupante en su hijo*

Absentismo escolar	Cambios de apetito	Desesperado	Episodios de llanto	Irritable	Pesadillas	Temeroso
Agresivo	Cambios de humor	Desobediente	Estrés	Mentir	Problemas escolares	Tensión
Aislarse	Comer en exceso	Destruyivo	Fobias	Migrañas	Problemas de familia	Tímido
Alucinaciones	Comportamiento peligroso	Dificultades con compañeros	Hiperactivo	Molesto	Problemas legales	Trauma
Anorexia	Compulsiones	Distraído	Huir de casa	Motivación bajo	Problemas de relación	Uso de alcohol o drogas
Ansiedad	Corazón acelerado	Dolor de cabeza	Ideas de suicidio	Nervioso	Problemas para dormir	Violencia doméstica
Arrebatos	Cuestión de genero	Dolor de estomago	Impulsivo	Orinar en cama	Problemas sexuales	
Asma	Depresión	Duda	Indeciso	Obsesiones	Proceso de duelo	
Ataques de pánico	Desafiante	Energía baja	Infantil	Obstinante	Robar	
Bulimia	Desenfocado	Enojo/Ira	Insomnio	Pánico	Sonámbulo	

Si hay otros, por favor describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA de SALUD** (*experiencia de nacimiento, logros del desarrollo, salud actual, cambios de salud, hospitalizaciones, etc.*)

Ultima cita de reviso físico: \_\_\_\_\_

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

Medicamento actual \_\_\_\_\_

Doctor responsable por recetas \_\_\_\_\_

**INFORMACION ESCOLAR**

Nivel Escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Desempeño académico \_\_\_\_\_

Relaciones de compañeros escolares \_\_\_\_\_

**FAMILY AND COMMUNITY SUPPORTS**

¿Hay personas en su familia o comunidad quienes apoyan a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe apoyo de grupos religiosos o espirituales? \_\_\_\_\_

**FORTALEZAS:**

Comparte las fortalezas y talentos de su hijo \_\_\_\_\_

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

Comparte los intereses de su hijo \_\_\_\_\_

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

¿Que le ayuda a su hijo durante momentos difíciles? \_\_\_\_\_

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

¿Cuáles recursos necesita su hijo para ayuda con sus metas? \_\_\_\_\_

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

**Apuntes Clínicos/MSE:**