



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

## ENCUESTA DE NINOS

### INFORMACION PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono Padre/Tutor \_\_\_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico de Padres (opcional) \_\_\_\_\_

Etnicidad \_\_\_\_\_ Nivel educativo de niño \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FAMILIA

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

Si separados: Nombre de otro padre: \_\_\_\_\_ Involucrado con niño/a: \_\_\_\_\_

¿Quiénes son los adultos en casa? \_\_\_\_\_ biológica crianza temporal madrastra adoptiva  
\_\_\_\_\_ biológico crianza temporal padrastro adoptivo

Otros niños/hermanos:

Nombre	edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otros adultos:

Nombre	relación a niño/a	tiempo vivir en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Contacto de Emergencia: Nombre y Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referida/o por \_\_\_\_\_

### ASUNTOS PARA TERAPIA: Por favor identifique síntomas preocupantes en su hijo

problemas de comer	destructible	grosero con otros	molesto	pesadillas	temeroso
problemas escolares	distraído	hablar de suicidio	muy descontento	prender fuego	tímido
arrebatos del genio	desobediente	huir de casa	no asistir escuela	muy activo	torpe
lastimar a si mismo	tardar en contestar	impulsivo	no responsable	aislarse	uso de alcohol
comportamiento raro	encopresis	infantil	obstinante	problemas legales	uso de drogas
conflictos con compañeros	enfermizo	atención corta	pensamientos raros	problemas sexuales	
dolores de cabeza	robar	orinar en cama	pegar la cabeza	falta iniciativa	otro:
dolor de estomago	fobias	mentir	sonámbulo	destructivo	otro:

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SALUD DE NINO/A** (parto, desarrollo, salud actual, cambios de salud, medicamentos, hospital, daños, etc.)  
Ultimo reviso de médico: \_\_\_\_\_

---

---

---

**INFORMACION ESCOLAR** (relaciones con compañeros, progreso académico)

---

---

**Identifique puntos positivos/talentos/habilidades/intereses de su hija/o**

---

---

---

**¿Cuáles son sus preocupaciones actuales de su hijo/a? ¿Cómo sería diferente la vida de su hijo si estas se resolvieran?**

---

---

---

**Apuntes Clínicos / Sesión Inicial:**