



## Enrichment & Counseling Center Pediatrics Intake

Form # BH 40 sp  
Form Date: 08/18/20

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

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Identidad de género: \_\_\_\_\_

### Datos Familiares

<b>Madre</b>		Edad		Custodia	
Empleo		Educación		Vive en Casa	
<b>Padre</b>		Edad		Custodia	
Empleo		Educación		Vive en Casa	
<b>Padraastro/Madrastra</b>		Edad		Custodia	
Empleo		Educación		Vive en Casa	
<b>Padraastro/Madrastra</b>		Edad		Custodia	
Empleo		Educación		Vive en Casa	

Nombre(s) de Hermanos	Edad	Vive en Casa	Relación

Estado Familiar:     Padre Soltero     Casado     Separado     Divorciada     Casada de Nuevo

*\*Proporcione una copia del acuerdo de custodia segun sea necesario.*

Idomia(s) principales hablados en casa: \_\_\_\_\_

Todos los cuidadores apoyan que el paciente esté en servicios de salud de comportamiento?     Si     No

Si no, porfavor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problema Actual**

Describir las dificultades actuales del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuando fue primer notado el problema? \_\_\_\_\_

Como vino este problema a su atención? \_\_\_\_\_

Quien ha tratado de ayudar con este problema?  Familia  Escuela  Profesionales  Amigos  Nadie

Qué se ha hecho para ayudar al problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que evaluación o tratamiento ha recibido el paciente para el problema actual o problemas similares?

\_\_\_\_\_

Quién proporcionó el tratamiento y cuando fue? \_\_\_\_\_

Que parece ayudar al problema? \_\_\_\_\_

Que parece empeorar el problema? \_\_\_\_\_

Información adicional relacionada con la preocupación principal:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historial del Desarrollo

- Durante el embarazo, la madre tomaba medicamentos o drogas?  No  Si Que tipo?
- Durante el embarazo, la madre fumaba?  No  Si Cuanto?
- Durante el embarazo, la madre tomaba bebidas alcohólicas?  No  Si Cuanto?
- Durante el embarazo, la madre tomaba/usaba drogas?  No  Si Que tipo?
- Hubo algun complicación durante el parto?  No  Si Que tipo?
- Fueron utilizados pinzas durante el parto?  No  Si
- Se realizó una cesárea?  No  Si Por cual razón?
- El paciente fue premature o atrasado?  No  Si Por cuantas semanas?
- Hubo algún problema de alimentación?  No  Si Que tipo?
- Hubieron problemas con el dormir?  No  Si Que tipo?
- De bebe, el paciente era tranquilo(a)?  No  Si
- De bebe, le gustaba al paciente que lo cargaran?  No  Si
- De bebe, era alerta el paciente?  No  Si
- Tuvo el paciente algún dificultad de subir de peso?  No  Si
- Hubo algún problema de crecimiento o desarrollo?  No  Si Que tipo?

Aproximadamente a qué edad mostró el paciente lo siguiente?

Comportamiento	Edad
mostró respuesta a los padres	
dio la vuelta	
sentado solo	
gateó	
camino solo	
balbuceó	
habló la primer palabra	
puso varias palabras juntas	

Comportamiento	Edad
Se vistieron ellos mismos	
Entrenados para ir al baño	
Permaneció seco(a) toda la noche	
Se dio de comer solo(a)	
Usó una cuchara	
Usó un triciclo	
Escribió su nombre	
Se ató los cordones de los zapatos	

## Historial Medico del Paciente

- Está el paciente tomando algún medicamento en este momento?  No  Si
- Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- Prescrito y supervisado por: \_\_\_\_\_ Empezado: \_\_\_\_\_
- Para el tratamiento de: \_\_\_\_\_

Indique cualquier enfermedad o condición medica que el paciente haya tenido alguna vez:

Enfermedada/Condición	Edad
Enfermedad Seria	
cirugía	
hospitalizaciones	
lesion craneal	
dolor de cabeza frecuente	

Enfermedada/Condición	Edad
Problemas visuales	
problemas al escuchar	
alergias	
problemas de memoria	
dificultad de concentración	

Enfermedada/Condición	Edad
Estados de cambios de humor serios	
intentos de suicido	
ansiedad	
otra:	

Coloque un (X) junto a cualquier comportamiento o problema que el paciente exhiba actualmente:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar                               | <input type="checkbox"/> Berrinches frecuentes  | <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el lenguaje                           | <input type="checkbox"/> Pesadillas frecuentes  | <input type="checkbox"/> Moja la cama           |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para oír                                  | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir  | <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con la visión                             | <input type="checkbox"/> No se lleva bien con los hermano(a)s   | <input type="checkbox"/> Es agresivo(a)         |
| <input type="checkbox"/> Lento(a) para aprendizaje                            | <input type="checkbox"/> Dificultad estableciendo confianza   | <input type="checkbox"/> Es terco               |
| <input type="checkbox"/> Tímido o tímida                                      | <input type="checkbox"/> Pobre control de vejiga/intestinos   | <input type="checkbox"/> Es torpe               |
| <input type="checkbox"/> Demasiado activo(a)                                  | <input type="checkbox"/> Abusa de drogas/alcohol  | <input type="checkbox"/> Dice mentiras          |
| <input type="checkbox"/> Se mece de un lado a otro                            | <input type="checkbox"/> Tendencia a preocuparse  | <input type="checkbox"/> Come mal               |
| <input type="checkbox"/> Rechazado(a) por otros                               | <input type="checkbox"/> Mira a otros para resolver problemas   | <input type="checkbox"/> Aguanta la respiración |
| <input type="checkbox"/> Cruel con los animals                                | <input type="checkbox"/> Problemas para hacer/manter amigo(a)s  | <input type="checkbox"/> Se rinde fácilmente    |
| <input type="checkbox"/> Tiene momentos de ausencia                           | <input type="checkbox"/> Miedos o gestos especiales   | <input type="checkbox"/> Es impulsivo           |
| <input type="checkbox"/> Chupa el pulgar                                      | <input type="checkbox"/> Muestra comportamiento temerario   | <input type="checkbox"/> Tiene mal humor        |
| <input type="checkbox"/> Más interesado el los<br>Objetos que en las personas | <input type="checkbox"/> Participa en un comportamiento<br>que podría ser peligroso para uno<br>mismo o otros | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas     |
|   |   | <input type="checkbox"/> otro:                  |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial Medico Familiar**

Enfermedad/Condición	Relación
cáncer	
diabetes	
Problemas del corazón	
epliepsia	
alcoholismo	
Consumo de drogas	
depresión	
nerviosismo	
ansiedad	

Enfermedad/Condición	Relación
Problemas psicológicos	
Intent de suicidio	
hiperactividad	
Problemas de conducta	
Problemas de atención	
Dificultades de aprendizaje	
Problemas de habla	
otro	

**Historial Educcacional**

Escuela a la que asistió actualmente/recientemente: \_\_\_\_\_

Grado actual o ultimo grado completado: \_\_\_\_\_ Profesor(a) de primaria: \_\_\_\_\_

Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____
Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____
Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____
Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____
Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____
Clase: _____	Calificaiones de promedio obtenidas: _____

Coloque un (X) junto a cualquier dificultad educative que exhibe el patron actualmente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lectura de palabras  | <input type="checkbox"/> Memoria                |
| <input type="checkbox"/> ortografía           | <input type="checkbox"/> escritura              |
| <input type="checkbox"/> Comprensión lectora  | <input type="checkbox"/> Otras áreas temáticas  |
| <input type="checkbox"/> Comprensión auditiva | <input type="checkbox"/> No le gusta la escuela |

- |   |   |                |
|---|---|----------------|
| Está el paciente en clases de educación especial?         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Que tipo?      |
| Alguna vez el paciente ha sido retenido en un grado?      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Que grado(s)?  |
| Alguna vez el paciente ha sido educado en casa?           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Que grado(s)?  |
| Ha asistido el paciente a la escuela de verano?           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Que tipo?      |
| Alguna vez el paciente recibió tutoría?                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Cuanto tiempo? |
| Alguna vez el paciente recibió terapia del habla?         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Cuanto tiempo? |
| Ha recibido alguna vez el paciente orientación escolar?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Cuanto tiempo? |
| Alguna vez el paciente recibió terapia fusal/ocupacional? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Cuanto tiempo? |
| Cuanto ha faltado a la escuela?                           | _____   |                |

**Historial social y conductual**

- |  |   |
|--|---|
| Alguna vez el paciente ha sido expulsado/suspendido de la escuela? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                     |
| Alguna vez el paciente ha tenido problemas con la ley?             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                     |
| El paciente ha sido abusado(a) verbalmente?                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechado |
| El paciente ha sido abusado(a) físicamente?                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechado |
| El paciente ha sido abusado(a) sexualmente?                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechado |
| El paciente ha experimentado algun otro trauma significante?       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechado |

Forma(s) de **disciplina** utilizadas cuando el paciente se comporta de manera inapropiada?

Acercamiento	Efectivo? S/N

Forma(s) de **refuerzo** utilizadas cuando el paciente se comporta adecuadamente?

Acercamiento	Efectivo? S/N

Actividades favoritas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las actividades cuales le gustaria que el/ella participara mas de lo que lo hace actualmente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actividades menos favoritas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dónde están los activos o fortalezas del paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de quien completó

\_\_\_\_\_  
Fecha completada