

**SAMARITAN COUNSELING CENTER OF THE FOX VALLEY**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN**  
**Padres de Niños y Adolescentes**

Padres: Por favor completen este formulario. Esta información será tratada confidencialmente y será útil para el consejero de su hijo. Traten de responder a cada pregunta.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_ F \_\_\_ Edad \_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Guardián/es legal/es \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

Padrastro Nombre y dirección \_\_\_\_\_

Padrastro Nombre y dirección \_\_\_\_\_

**Padres:**

Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_

Si está casado, por favor describa como es su matrimonio. . Muy Feliz \_\_\_ Feliz \_\_\_ Inseguro \_\_\_ o Infeliz \_\_\_

Fecha del matrimonio \_\_\_\_\_ Edades cuando se casaron: Esposa \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente separado/a \_\_\_\_\_ o en el proceso de divorcio \_\_\_\_\_?

¿Su esposo / familia esta/n dispuesto/s a acudir para consejería? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Incierto \_\_\_

Si está divorciado, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ Motivo del divorcio \_\_\_\_\_

Si es viudo/a, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ Preocupaciones \_\_\_\_\_

Matrimonios anteriores: Fechas \_\_\_\_\_ Razón/es para terminar el matrimonio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_ Razón/es para terminar el

matrimonio \_\_\_\_\_

Educación: (años) Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Empleo: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado de trabajo recientemente? Motivos del cambio \_\_\_\_\_

Preferencia religiosa: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Otros adultos significativos en la vida de mi hijo \_\_\_\_\_

**Otros niños**

Chequear (3) si el niño/a es de matrimonio previo o hijastro. Si tiene más de cuatro hijos, use la parte de atrás de este formulario

3 Nombre Edad Sexo (F o M) Vivir (Sí o No) Educación (Años) Casado (Sí o No)

---

---

---

---

**Salud**

Califique la salud física de su hijo: Muy buena \_\_\_ Buena \_\_\_ Promedio \_\_\_ Decreciendo \_\_\_ Mala \_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ ¿Cambios recientes de peso? Perdió \_\_\_ Gano \_\_\_

Dormir: No hay problemas \_\_\_ Tiene problemas \_\_\_ Por favor explique \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Lista de condiciones médicas importantes \_\_\_\_\_

---

¿Está su hijo actualmente tomando medicamentos? ¿Si es así qué está tomando? \_\_\_\_\_

---

¿Su hijo ha tenido alguna vez un "colapso nervioso" o ha estado muy emocionalmente molesto? Si \_\_\_  
No \_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido abusado físicamente? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Alguna vez ha sido abusado sexualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Su hijo ha tenido consejería previa? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Centro y terapeuta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ Problemas tratados \_\_\_\_\_

---

#### Adicciones

¿El alcohol, las drogas o los juegos de azar han sido un problema? Usted \_\_\_ Esposo/a \_\_\_ Niños \_\_\_  
Abuelos \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

En pocas palabras, describa el (los) problema (s) \_\_\_\_\_

---

¿La vida social, laboral o las relaciones suyas o de su hijo han cambiado debido a las drogas, el alcohol o los juegos de azar? (Explique) \_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido su hijo o alguien en su familia algún trastorno alimenticio? Si es así, especifique \_\_\_\_\_

---

- Pagina siguiente -

#### Historia del desarrollo

##### Historia Prenatal del Niño:

¿Hubo algún problema de concepción o fertilidad? \_\_\_\_\_

¿La madre ha tenido abortos espontáneos, nacimientos o abortos? \_\_\_\_\_

¿Fue un embarazo planificado? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Hubo estrés durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿La madre tomó medicamentos, usó alcohol o drogas, o fumó durante el embarazo? Por favor especifica

---

¿Alguna complicación con el parto? \_\_\_\_\_

##### Infancia y primera infancia:

¿Cómo fue este niño cuando era un infante (tranquilo, con cólico, fácil, predecible, etc)?

\_\_\_\_\_

---

¿Cuándo caminó su hijo? \_\_\_\_\_ Hablo \_\_\_\_\_ Aprendió a usar el sanitario \_\_\_\_\_

¿Cómo su hijo se comportó o comporta durante las separaciones? \_\_\_\_\_

¿Está o estuvo su hijo/a en guardería o con niñera? \_\_\_\_\_

##### Temperamento del niño:

Califique el nivel de actividad de su hijo: Extremadamente activo \_\_\_ Muy activo \_\_\_ Activo \_\_\_ Inactivo

¿Han habido cambios significativos en el nivel de actividad de su hijo? \_\_\_\_\_

---

Calcule el tiempo de atención de su hijo: Absorto Largo 10 ----- 5 ----- 1 Corto No puede participar

¿Cómo responde su hijo a nuevas personas y situaciones? \_\_\_\_\_

---

¿Qué tan sensible es su niño/a al ruido, estímulos visuales, ropa áspera, y otra sensación? \_\_\_\_\_

¿Cómo expresa su hijo la felicidad? \_\_\_\_\_ ¿Tristeza? \_\_\_\_\_

¿Enfado? \_\_\_\_\_

¿A quién en la familia se parece su niño/a? \_\_\_\_\_

¿En que es fuerte su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las debilidades de su hijo? \_\_\_\_\_

Educación, vocacional y jurídica del niño:

Grado Completado: (círculo) P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 + \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Consejero Escolar \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo (a) servicios de educación especial? \_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

Historia militar de la familia Si no \_\_\_\_ Rama y Años de Servicio

\_\_\_\_\_ En corto describa la participación de la familia en cualquier momento con el sistema legal, incluyendo fechas, razones y resultados

Oficial de libertad condicional \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Antecedentes Religiosos de la familia:

Iglesia \_\_\_\_\_ Denominación \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_

Asistencia a la iglesia por mes (círculo) 0 1 2 3 4 5+

Explique cualquier cambio reciente en su vida religiosa y / o experiencias religiosas notables anteriores

Ahora estoy preocupado por mi hijo porque \_\_\_\_\_

Confidencial: Información del cliente

Por favor coloque una X a cualquiera de los siguientes problemas que le conciernen....

\_\_\_ abuso: emocional, físico, sexual

\_\_\_ académicos (calificaciones, rendimiento)

\_\_\_ adicciones en su familia

\_\_\_ agresión

\_\_\_ alcohol y / o drogas

\_\_\_ ira, \_\_\_\_\_

\_\_\_ ansiedad, preocupación, nerviosismo

\_\_\_ evitación o escape

\_\_\_ problemas de comportamiento

\_\_\_ causar daño a animales u otros cuando niño

\_\_\_ quejarse mucho de estar enfermo

\_\_\_ concentración

\_\_\_ adapto cultural

- \_\_\_ toma de decisiones
- \_\_\_ ilusiones
- \_\_\_ depresión, cambios de humor
- \_\_\_ desapego/alejamiento
- \_\_\_ dificultades para escuchar
- \_\_\_ pesimismo (sentirse abrumado por)
- \_\_\_ comer, apetito, ingerir alimentos
- \_\_\_ relaciones con la familia
- \_\_\_ fatiga, cansancio
- \_\_\_ finanzas
- \_\_\_ olvido
- \_\_\_ apostador/a
- \_\_\_ duelo, pérdida, muerte
- \_\_\_ culpa, vergüenza
- \_\_\_ alucinaciones
- \_\_\_ desamparo
- \_\_\_ pensamientos homicidas
- \_\_\_ desesperación
- \_\_\_ irritabilidad
- \_\_\_ aislamiento
- \_\_\_ discapacidad de aprendizaje
- \_\_\_ asuntos legales
- \_\_\_ situación de vida
- \_\_\_ asuntos médicos
- \_\_\_ motivación
- \_\_\_ tensión muscular
- \_\_\_ necesidad de control
- \_\_\_ obsesiones, compulsiones
- \_\_\_ dolor (crónico)
- \_\_\_ ataques de pánico
- \_\_\_ paranoia
- \_\_\_ relaciones de compañeros
- \_\_\_ fobias, temores
- \_\_\_ embarazo
- \_\_\_ postergación
- \_\_\_ frenesí de pensamientos
- \_\_\_ estupro, asalto sexual
- \_\_\_ relaciones
- \_\_\_ espiritualidad, religión
- \_\_\_ autoestima, confianza en sí mismo
- \_\_\_ auto-lesión: cortar, quemar, sofocar
- \_\_\_ orientación sexual y / o problemas de identidad
- \_\_\_ cuestiones de sexualidad
- \_\_\_ trastornos del sueño
- \_\_\_ molestia social, ansiedad, aislamiento
- \_\_\_ manejo del estrés
- \_\_\_ pensamientos suicidas, deseos de muerte
- \_\_\_ intentos de suicidio

- \_\_\_ llorón/a
- \_\_\_ manejo del tiempo
- \_\_\_ trauma
- \_\_\_ desempleo
- \_\_\_ peso, imagen corporal
- \_\_\_ trabajo
- \_\_\_ Falta de validez

Describe brevemente cualquiera de los asuntos anteriores... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo estas preocupaciones han sido un problema para usted?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas con la consejería? ¿Qué espera obtener de la consejería?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_