



Caridades Catolicas
Servicios Familiares

Historial Social (Niños y Adolescentes)

El propósito de este formulario es ayudar al terapeuta a completar una evaluación exhaustiva de su hijo, a fin de crear un plan de servicio adaptado a las necesidades del cliente. Complete las preguntas con la mayor precisión posible para que podamos brindar los servicios más adecuados para las necesidades de su hijo. Este formulario y todos sus registros son confidenciales.

Fecha: _____ Quien complete el formulario: _____ Relacion con el menor: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genenero: **M / F**

Escuela que asiste: _____ Grado: _____ Medicinas: _____

Child's Religion: _____ Parish/Church: _____

Problemas actuales

Indique sus motivos para buscar terapia para usted / su hijo en este momento: _____

Si corresponde, cuándo comenzaron los problemas? Qué ha contribuido al mantenimiento? Cuales soluciones han ayudado? _____

Qué espera usted/su hijo de la terapia? _____

Historial Medico

Hubo complicaciones con el embarazo o el parto? _____

Cómo fue la salud del niño(a) al nacer? _____

Se planeó el embarazo? **S / N** Fue adoptado el niño(a)? **S/ N** (En caso afirmativo, a qué edad): _____

Estaba su hijo en la guarderia? _____ Cuantas horas por día / semana? _____

Por favor responda lo siguiente haciendo un círculo en "Sí" o "No"

1. Disfrutaba su hijo el contacto corporal cuando era un bebé? Si No
2. Dormía bien su hijo de ? Si Nobebé
3. Caminaba su hijo a la edad de 2? Si No
4. Su hijo hablaba a la edad de 2? Si No
5. Usaba el ebañodad a la edad de 3? Si No
6. Estaba su hijo libre de alergias? Si No

Si respondió "no" a alguna de estas preguntas, o tenía alguna otra preocupación sobre el desarrollo de su hijo, explique: _____

Ha tenido alguna vez su hijo enfermedades, lesiones, accidentes o estadías en el hospital significativas desde su nacimiento? Por favor, enumere las fechas y describa: _____

Historia Académica/de Conducta

Nombre del maestro actual del niño: _____

Tiene su hijo en un programa de educación especial en la escuela? Si ___ No ___

Tiene su hijo actualmente un plan IEP o 504? Si ___ No ___

Si su hijo ha asistido a otras escuelas además de su escuela actual, haga una lista de las escuelas y las fechas de asistencia. Por favor identifique si las escuelas son privadas, públicas o si su hijo ha sido educado en el hogar:

Su hijo ha tenido algún problema en la escuela? Por favor explique a continuación:

Academico: _____

Comportamiento _____

Otros _____

Cuando empezo el problema _____

Ha sido su hijo alguna vez: Suspendido de la escuela repitio un grado escolar Ausente de la escuela

Explique: _____

Salud Mental

Ha recibido su hijo(a) servicios de salud mental anteriormente? Liste los proveedores: _____

Alguien en su familia ha recibido servicios de salud mental? Escribe la relacion y el problema: _____

Por favor, describa los principales factores estresantes que han ocurrido en la vida de su hijo (por ejemplo, interrupciones de crianza, nuevo bebé, muertes, movimientos, etc.): _____

Indique a otras personas que viven en el hogar con su hijo

Nombre	Genero	Edad	Relacion con con menor	Tipo de relacion
Ejemplo: Juan	M	10	Hermano	Cercana/Lejana

Ha experimentado su hijo algun abuso? Emocional Fisico Sexual Verbal Negligencia Otros

Nombre	Genero	Edad	Relacion con con menor	Tipo de relacion

Explique: _____

Quienes son las personas importantes en la vida de su hijo? _____

Cuales son sus las areas de mayor desempeño de su hijo _____

Desea usted/su hijo incorporar su fe en las sesiones? Explique _____

Identifique las formas actuales en que su hijo enfrenta los factores estresantes:

- Ejercicio Jugando Videojuegos Mirando television Leyendo Estando entre amigos Estando en familia Jugando juegos Comida reconfortante Actividades en la iglesia Deportes Voluntariado Durmiendo Escuchando musica Medios sociales (ejemp. Facebook) Apartado de los demas Jugando con mascotas Participacion en la escuela Actividades expresivas (Cantando, pintando, Bailando)

Esta su hijo involucrado en actividades extraordinarias? _____

Como es diciplinado su hijo? _____

Problemas Legales

Ha sido su hijo alguna vez: Arrestado Culpado de algun crimen Atrapado robando

En caso afirmativo, a cualquiera de los anteriores, proporcione fechas y explicaciones: _____

Conductas de comportamiento

Indique si algunas de las siguientes preocupaciones se aplican a su hijo, y explique:

Agresion (En peligro de lastimar a alguien, comenzando peleas) _____

Uso de alcohol o drogas _____

Problemas de alimentacion (Come demaciado, comidas restringidas, etc.) _____

Comportamientos sexuales (Incluyendo uso de pornografía) _____

Autolesiones (Como el nino se daña cuando se inicia los desensnamiontos) _____

Pensamientos suicidas (Cuando empezaron) _____

Ha intentado suicidarse (Cuando, como, tratamiento recibido) _____

Comentaios Adicionales:

Por favor agregue cualquier información adicional con respecto al historial social de su hijo que usted cree que es importante que sepamos _____
