



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 No
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 baño 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 estancias 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 empezó el problema \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo alguna vez:  Suspendido de la escuela  repitió 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_