

Etiqueta del paciente aquí

DATOS DEMOGRÁFICOS FAMILIARES:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes culturales/étnicos y religiosos: _____

Formulario completado por: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor legal: _____

Indique todas las personas que viven en el hogar:

Nombre	Relación con el paciente	Edad	Ocupación/Lugar de trabajo	N.º de teléfono del padre, madre o cuidador principal

Segundo hogar, si corresponde:

Nombre	Relación con el paciente	Edad	Ocupación/Lugar de trabajo	N.º de teléfono del padre, madre o cuidador principal

Padre, madre o hermanos que NO viven en el hogar:

Nombre	Relación con el paciente	Edad	Ocupación/Lugar de trabajo	N.º de teléfono del padre o madre

Médico de cabecera/pediatra actual: _____

Nombre de la clínica: _____ N.º de teléfono _____

Terapeuta, psicólogo o consejero actual: _____

Nombre de la clínica: _____ N.º de teléfono _____

Otras personas actualmente involucradas (psiquiatra o PMHNP, trabajador de casos del DHS, discapacidades del desarrollo): _____

PRINCIPALES PREOCUPACIONES/MOTIVOS PARA LA DERIVACIÓN:

Indique las preocupaciones principales que tiene acerca de su hijo: _____

¿Cuánto tiempo ha tenido estas preocupaciones? _____

Indique enfermedades médicas significativas en familiares directos (problemas cardíacos, problemas de tiroides, convulsiones, etc.):

EMBARAZO, PARTO Y DESARROLLO:

¿Con cuántas semanas de embarazo nació el paciente? _____ ¿Peso al nacer? _____ (Marque) Parto inducido, espontáneo, cesárea

Marque todas las casillas adecuadas y explique todas las respuestas afirmativas a continuación:		
¿El paciente fue adoptado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hubo complicaciones en el parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La madre atravesó mucho estrés, un conflicto o un duelo en la época en que estuvo embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Durante el embarazo, ¿la madre tomó medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Durante el embarazo, ¿la madre bebió alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consumió drogas o fumó tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo fue amamantado? Si fue así, ¿por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Hubo algún problema durante la infancia (cólicos, problemas de sueño, para calmarse, etc.) o preocupaciones sobre el desarrollo? _____

Estime la edad de su hijo cuando:	
Caminó solo	
Dijo sus primeras palabras/oraciones	/
Completó el entrenamiento para dejar los pañales	/

¿Hubo algún cambio o factor de estrés significativo en la juventud? _____

Mudanzas familiares (cantidad de mudanzas, año): Sí No _____

Divorcio/separación en la familia (año): Sí No _____

Muerte de familiar cercano: Sí No _____

Otras pérdidas (mascotas, relaciones románticas): Sí No _____

ANTECEDENTES EDUCATIVOS:

Escuela actual: _____ Grado: _____ Consejero escolar: _____

¿Su hijo tiene un plan de educación individualizada (IEP)? Sí No ¿Plan 504? Sí No

Si puede, traiga el IEP a su primera cita.

¿Cuáles son las calificaciones promedio o el GPA de su hijo? _____

¿Su hijo tuvo algún problema de comportamiento en la escuela o ha sido suspendido/expulsado? Sí No _____

Actividades extracurriculares/deportes/pasatiempos: _____

Describe el grupo de compañeros/amigos de su hijo: _____

Describe el uso de tiempo de pantalla de su hijo, incluyendo la TV, internet y/o el teléfono celular: _____

¿Su hijo actualmente tiene trabajo? (horas/semana que trabaja) Sí No _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Su hijo tiene alguna afección médica actual (asma, diabetes, trastorno convulsivo, etc.)? Sí No _____

¿Hay algún especialista implicado en la atención de su hijo (cardiólogos, neurólogos, gastroenterólogos, etc.) Sí No

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo? _____ ¿Se recomendó un seguimiento? Sí No

Marque con un círculo todas las opciones que sean parte de los antecedentes de su hijo y explique a continuación:

cirugías, lesiones en la cabeza/conmociones cerebrales, convulsiones, desmayos, problemas cardíacos (soplos, arritmias, estructural, etc.), hospitalizaciones, presión arterial alta, colesterol alto, diabetes, apnea del sueño, problemas de tiroides, anemia, faringitis estreptocócica, fracturas de huesos, tics motrices/vocales, problemas de visión, odontológicos o de audición.

Si su hija es mujer, ¿le vino la menstruación? ¿A qué edad comenzó?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su estado mental se ve significativamente afectado por los ciclos?		
¿A su hijo le realizaron algún electrocardiograma (ECG) o extracción de sangre anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo tiene alergia a algún medicamento? ¿Otras alergias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia se administra?	¿Cuándo comenzó?

Otros medicamentos de salud mental que utilizó en el pasado (si puede, incluya dosis, duración, motivos para iniciarlo/interrumpirlo):

SEGURIDAD:

¿Su hijo tiene acceso a los medicamentos del hogar? Sí No _____

¿Su hijo tiene acceso a algún arma de fuego? Sí No _____

¿Tiene alguna otra preocupación de seguridad en este momento? Sí No _____