



899 Logan Street, Suite 307
Denver, CO 80203
(303) 756 1197

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN DEL NIÑO - NIÑA

Información del niño/niña (cliente)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo al Nacer de su hijo/hija:

- Masculino
- Femenino
- Intersexual
- _____

Genero:

- Masculino
- Femenino
- Trans-Femenino
- Trans-Masculino
- Agender
- No binario
- Genero queer
- Cuestionamiento de genero

Pronombres preferidos de su hijo/hija:

- el (he/him/his)
- ella (she/her/hers)
- they/theirs/them
- _____

Nombre de los padres o tutores del niño: _____

Ocupaciones de los padres o tutores: _____

Título preferido de los padres:

- Dr/Dra
- Señora
- Señor
- Sra.
- _____

*¿Están casados los padres? _____ Si no, por favor describa los arreglos actuales de custodia y toma de decisiones médicas:

Dirección: _____

¿A qué **escuela** asiste actualmente su hijo? _____

¿En qué grado está su hijo? _____

Teléfonos principales #'s: _____
(incluya número de teléfonos celulares, o cualquiera donde sea fácil encontrarlo) Describa cualquier condición de confidencialidad que nosotros debamos tener en cuenta cuando llamemos a estos números de contacto.

Referido por: _____

Contactos de emergencia

Nombre de uno o más contactos de emergencia y familiares suyos:

Teléfonos #'s: _____

Información del Seguro.

Si el plan de seguro que usted utiliza reembolsa por los servicios prestados, por favor complete la siguiente información:

Información primaria del seguro:

Nombre de la Compañía aseguradora: _____ ID #: _____ Grupo:: _____

Nombre del tenedor de la póliza: _____ DOB del tenedor de la póliza: _____

SS del tenedor de la póliza: _____

Información secundaria de l seguro:

Nombre de la Compañía de seguro: _____ ID #: _____ Grupo: _____

Información familiar y cultural

Solo para uso de la oficina

Por favor haga una lista de todos los miembros de la familia que viven en la misma casa con el niño (a) y la relación de ellos con el niño (a):				
Nombre	Sexo	Edad	Parentesco	
Si su hijo (a) tienen hermanos / hermanas, ¿cómo podría usted describir la relación entre ellos?				
¿Cómo describiría usted los valores religiosos en su familia? Tienen su hijo (a) valores similares?				
En cuál grupo cultural / étnico se incluye usted o su hijo (a)? _____ ¿Qué significa para su familia la afiliación a este grupo?				
¿Idiomas hablados en su hogar?				
¿Idioma principal del niño?				

<p>¿Idioma secundario del niño?</p> <p>¿Idiomas principales que hablan los padres?</p> <p>¿Alguna información adicional relacionada con la adquisición/exposición del idioma, incluidas las escuelas de dos idiomas?</p>	
--	--

Preocupación actual o motivo de consulta

Solo para uso de la oficina

Preocupaciones	
Preocupación principal / meta # 1	
Preocupación / meta # 2	
Preocupación / meta # 3	
¿Qué cosas ha hecho usted en el pasado para solucionar estas preocupaciones? ¿Qué le ha dado resultados? ¿Qué no ha funcionado?	
¿Qué lo motivó a buscar este servicio?	

Developmental Section

Solo para uso de la oficina

<p>Por favor proporcione informacion relacionada con el embarazo y el nacimiento de su niño or nina.</p>	
--	--

<p>Semanas de gestación al nacer _____</p> <p>Drogas o medicamentos que recibió la madre durante el embarazo: _____</p> <p>¿Complicaciones? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Puntaje de APGAR? _____</p> <p>¿Condiciones al nacer? _____</p> <p>¿Otra información importante? _____</p>	
<p>¿Cómo podría usted describir a su niño o adolescente?</p>	
<p>Por favor suministre información relacionada con el desarrollo de su niño (a) anotando la edad aproximada en que logró hacer cada una de las siguientes actividades de manera independiente (a) aún no ha desarrollado esta actividad, por favor también anotarlo.</p> <p>Darse vuelta estando acostado _____</p> <p>Sentarse _____</p> <p>Pararse _____</p> <p>Gatear _____</p> <p>Caminar _____</p> <p>Hablar las primeras palabras _____</p> <p>Decir dos palabras juntas _____</p> <p>Demostró que entendía ordenes sencillas _____</p> <p>Leyó palabras _____</p> <p>Escribió palabras _____</p> <p>Usó un crayón para colorear _____</p> <p>Estuvo acostumbrado para ir al baño durante el día _____</p> <p>Estuvo enseñado para ir al baño en la noche _____</p> <p>Hizo contacto visual con otros _____</p> <p>Comenzó a participar en juegos interactivos _____</p> <p>Identificó a alguien como su mejor amigo _____</p> <p>Comenzó a mostrar los signos físicos de la pubertad _____</p>	
<p>¿Ha mostrado su niño (a) regresión en el desarrollo de habilidades que él o ella ya habían adquirido? Si es así, por favor descríbalos.</p>	

¿Su niño (a) ha mostrado cualquier comportamiento repetitivo? Si es así, por favor descríbalos.	
¿Su niño (a) ha integrado habilidades no verbales de comunicación tales como mover la cabeza para significar Sí; otros gestos y variedad de expresiones faciales?	
¿Tiene su niño (a) dificultades de atención, concentración, o hiperactividad? Si es así, ¿cuándo aparecieron estos problemas?	
¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con desórdenes del desarrollo o de desarrollo retardado?	

Salud física

Solo para uso de la oficina

<p>Por favor enumere las principales enfermedades, accidentes y cirugías que aparecen en la Historia Médica de su niño (a) anotando la edad en que ocurrió.</p>	
<p>Enumere las principales enfermedades crónicas con el dato de la edad</p> <hr/> <hr/> <p>¿Aún presenta los síntomas? _____</p> <hr/> <p>¿Duración de los efectos? _____</p>	

<p>Por favor describa cualquier accidente importante o caídas, con el dato de la edad</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Esto ocasionó trauma en la cabeza o contusión cerebral? _____</p> <p>¿Ocurrió cualquier cambio en el comportamiento o en el conocimiento como consecuencia de este traumatismo? _____</p> <p>Si fue así, por favor describa los cambios y la duración _____</p> <p>_____</p>																																									
<p>Por favor describa cualquier cirugía mayor que haya tenido, con la fecha y la edad</p> <p>_____</p> <p>¿Algún problema o dolor de larga duración? _____</p>																																									
<p>Actualmente su niño (a) está con algún dolor crónico. Si es así, por favor describa el dolor, la intensidad, duración y causa.</p>																																									
<p>Por favor proporcione cualquier información actual o pasada, relacionada con medicamentos que su niño (a) haya tomado por un período largo.</p> <p>Es especialmente importante incluir todos los medicamentos que estén relacionados con su preocupación actual.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Medicamento</th> <th style="width: 20%;">Fecha de inicio</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 20%;">Propósito</th> <th style="width: 20%;">¿Efectiva?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Nombre del médico o psiquiatra que la prescribió _____</p>	Medicamento	Fecha de inicio	Dosis	Propósito	¿Efectiva?																																				
Medicamento	Fecha de inicio	Dosis	Propósito	¿Efectiva?																																					
<p>¿Cuántas horas duerme su niño (a) en la noche? _____</p> <p>Describe cualquier dificultad con el sueño:</p>																																									

<p>¿Cómo podría describir los hábitos alimenticios de su niño (a)?</p> <p>¿Recientemente ha tenido ganancia o pérdida de peso en relación a su crecimiento?</p> <p>¿Cómo se siente su niño (a) con respecto a su peso?</p>	
<p>Describa la actitud de su niño (a) con respecto al ejercicio físico y cómo es su participación:</p> <p>¿Cómo se siente usted con relación a las condiciones físicas de su niño (a)?</p>	
<p>¿Hay alguna preocupación con la visión o audición de su niño (a)? Si es así, descríbala:</p>	
<p>¿Tiene usted o su niño cualquier dificultad con las habilidades motrices o de coordinación? Si es así, descríbala:</p>	
<p>¿Tiene su niño (a) cualquier sensibilidad sensorial? ¿Hay alguna marcada reducción de sensaciones a la estimulación, o cualquier comportamiento exagerado en busca de estímulos sensoriales? Si es así, por favor descríbalos:</p>	
<p>¿Su hijo (a) usa drogas, alcohol, o cigarrillos? Si es así, por favor describa la frecuencia de uso</p>	

Social

Solo para uso de la oficina

<p>¿Cómo podría usted describir las amistades de su hijo (a), incluyendo la cantidad y la calidad de estas relaciones?</p>	
<p>¿Tiene su hijo (a) dificultad para hacer amigos o para mantener estas amistades? Si es así, describa las dificultades:</p>	

<p>¿Cómo emplea su hijo (a) el tiempo de socialización? ¿Qué clase de actividades disfruta su hijo (a)? ¿Qué hace su hijo (a) para divertirse (por ejemplo pasatiempos, deportes, intereses)?</p>	
---	--

Psicológico

Solo para uso de la oficina

¿Su hijo (a) ha sido diagnosticado con un desorden mental? Si es así, por favor descríbalos:																			
Alguna vez le han practicado a su hijo (a) un test psicológico completo? Si es así, describa los resultados e incluya a la persona o agencia que practicó la prueba.																			
¿Alguna vez alguien en su familia ha sido diagnosticado un desorden mental? Si es así, por favor indique qué miembro y cuál fue el diagnóstico.																			
Describa cualquier terapia en el pasado (incluyendo fechas). ¿Esto funcionó o no sirvió?																			
¿Alguna vez su hijo ha ingresado a un hospital psiquiátrico? (Si es así, ¿donde y cuándo?):																			
Por favor describa cómo es el humor o estado de ánimo de su hijo (a):																			
Por favor describa las fortalezas personales suyas y las de su hijo (a):																			
<p>Por favor encierre en un círculo cualquiera de las siguientes cosas que su hijo (a) haya experimentado en los últimos 6 meses:</p> <table border="0"> <tr> <td>Aumento o reducción del apetito</td> <td>Pérdida de energía, apatía o aletargamiento</td> </tr> <tr> <td>Aislarse de otros</td> <td>Comportamientos repetitivos</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de interés</td> <td>Problemas en las relaciones familiares</td> </tr> <tr> <td>Sentimientos de vacío</td> <td>Pensamientos recurrentes</td> </tr> <tr> <td>Desesperanza</td> <td>Preocupación extrema</td> </tr> <tr> <td>Episodios de llanto</td> <td>Pesadillas</td> </tr> <tr> <td>Mayores miedos</td> <td>Recuerdos recurrentes</td> </tr> <tr> <td>Problemas del sueño</td> <td>Mucha energía</td> </tr> <tr> <td>Cortos períodos de concentración</td> <td>Problemas de concentración</td> </tr> </table>	Aumento o reducción del apetito	Pérdida de energía, apatía o aletargamiento	Aislarse de otros	Comportamientos repetitivos	Pérdida de interés	Problemas en las relaciones familiares	Sentimientos de vacío	Pensamientos recurrentes	Desesperanza	Preocupación extrema	Episodios de llanto	Pesadillas	Mayores miedos	Recuerdos recurrentes	Problemas del sueño	Mucha energía	Cortos períodos de concentración	Problemas de concentración	
Aumento o reducción del apetito	Pérdida de energía, apatía o aletargamiento																		
Aislarse de otros	Comportamientos repetitivos																		
Pérdida de interés	Problemas en las relaciones familiares																		
Sentimientos de vacío	Pensamientos recurrentes																		
Desesperanza	Preocupación extrema																		
Episodios de llanto	Pesadillas																		
Mayores miedos	Recuerdos recurrentes																		
Problemas del sueño	Mucha energía																		
Cortos períodos de concentración	Problemas de concentración																		

<p>Aumento de la ira Abuso de drogas o alcohol Sentimientos paranoides Incremento de la irritabilidad Nerviosismo Ataques de pánico Facilidad de frustración Baja auto-estima Ansiedad Incremento de la fatiga Odio a sí mismo Confusión Ver cosas que otros no ven</p>	<p>Problemas sexuales Problemas de memoria Aceleración del pensamiento Humor péndulo, cambiante Acciones violentas Cambios de peso Sentimiento de estrés Estado de ánimo depresivo Inusual euforia extrema Imprudencia, temeridad Aplazamiento de actividades Oír voces que nadie más oye Desorientación</p>	
<p>¿Usted o su hijo (a) han experimentado dificultades en las habilidades para afrontar problemas?</p> <p>Por favor describa ¿con qué asuntos tiene dificultad su hijo (a) para enfrentarse? ¿Alguna vez su hijo (a) ha tratado de autolesionarse, como cortándose, golpeándose la cabeza, o cualquier otra forma de hacerse daño a sí mismo?</p>		
<p>¿Usted siente que su hijo (a) tiene dificultades para controlarse cuando está furioso?</p>		
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha sido violento con otras personas? Si es así, cuándo y cuál fue la situación?</p> <p>¿Alguna vez su hijo (a) ha estado en la cárcel, prisión o detenido? Si es así, ¿cuándo y por qué delito?</p>		
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha tenido pensamientos suicidas o a intentado suicidarse en los últimos seis meses?</p>		
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha intentado suicidarse?</p>		

Educación

Solo para uso de la oficina

<p>¿Podría usted describir la experiencia escolar suya y la de su hijo (a)?</p>	
<p>¿Hay historia de problemas de aprendizaje? Si es así, descríbalos:</p>	

<p>¿Ha tenido su hijo (a) alguna prueba educacional antes? (como en centros tutoriales, la escuela, 'Child Find' o intervención temprana)? Si es así, por favor describa el tipo de prueba que recibió:</p> <p>¿Diagnóstico?</p> <p>¿Qué recomendaciones hicieron como resultado de la evaluación?</p>	
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha tenido un IEP (Programa de Educación Individual)? Si es así, escriba la fecha de la última IEP y el motivo:</p>	
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha estado inscrito en un ALP (Programa de Aprendizaje Acelerado) escriba la fecha de la última ALP y la razón:</p>	
<p>¿Alguna vez su hijo (a) ha tenido un plan 504? Si es así la fecha del último 504 y la razón:</p>	
<p>¿Su hijo (a) ha repetido algún grado escolar?</p>	
<p>Por favor describa cualquier suspensiones o detenciones:</p>	
<p>Por favor describa los valores familiares con respecto a la escuela y a la educación:</p>	
<p>¿Alguna persona en su familia ha sido diagnosticado con una incapacidad para el aprendizaje o con otra discapacidad que afecte el aprendizaje?</p>	

Medioambiental

Solo para uso de la oficina

<p>Describa cualquier trauma medioambiental que su hijo(a) haya experimentado (por ejem. tornados, inundaciones, huracanes, etc.):</p>	
--	--

Describa cualquier abuso sexual, físico o mental:	
¿Alguna vez su hijo (a) ha sido víctima de un delito violento? Si es así, descríballo:	
Por favor describa cualquier estresor medioambiental que haya afectado a su hijo (a).	
Describa cualquier participación que en el pasado haya tenido su familia con el Dpto. de Human Services: Describa cualquier participación que actualmente tenga su familia con el Dpto. de Human Services: ¿Actualmente tiene su familia un trabajador social?	

Nosotros le hemos hecho un montón de preguntas, sin embargo, ¿hay alguna información adicional que usted considere que es importante añadir?

Por favor firme abajo para indicar que toda la información consignada arriba es exacta, con base en lo mejor que usted sabe.

Firma del cliente (si es mayor de 15 años) _____ Fecha _____

Padre, madre, o responsable (si es menor de 15 años) _____ Fecha _____