Psiquiatría de Alabama

Completado por: _____

Nombre del Niño: _____ Sexo: ____ M ____ F La edad: _____

Etnicidad: _____ Adoptado / Custodia:____ Si ____No Explique: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono cellular: _____

Padres son: ☐ Solo ☐ Casado ☐ Apartado ☐ Divorciado ☐ Casado de nuevo ☐ Viudo ☐ Conviviendo

Si está divorciado, ¿cuáles son los arreglos de custodia? _____ (Proporcione una copia del acuerdo de custodia.)

Por favor proporcione la dirección y número de teléfono de otro padre:

Nombra: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono cellular: _____

Nombre del medico: _____ Número de teléfono: _____

Psiquiatra: _____ Número de teléfono: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	La edad	Relación	Ocupación /Grado

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	La edad	Relación	Ocupación /Grado

Psiquiatría de Alabama

ÁREAS DE PREOCUPACIÓN (marque todas las que correspondan)

Ajuste personal / social

____ **Tristeza**
____ **Demasiado ansioso**
____ **Demasiado agresivo**
____ **Berrinche**
____ **Retirado o tímido**
____ **Hábitos o gestos perturbadores**
____ **comportamiento extraño**
____ **Problemas en las relaciones entre pares**
____ **Problemas de drogas o alcohol**
____ **Problemas con la ley**
____ **Daño a sí mismo u otros**
____ **Otra (por favor expliquie)**
_____
_____
_____

Ajuste familiar

____ **Problema padre-hijo**
____ **Conflicto matrimonial o problemas parentales**
____ **Conflicto entre hermanos**
____ **Cambios familiares recientes**
____ **Dificultades del vecindario**
____ **Madre experimentando dificultades**
____ **Padre experimentando dificultades**
____ **Hermano experimentando dificultades**
____ **Problemas de drogas o alcohol en la familia**
____ **Antecedentes de trauma o pérdida**
____ **Violencia doméstica**
____ **Abuso**
____ **Otra (por favor expliquie)**
_____
_____
_____

Ajuste escolar

____ **Problemas académicos**
____ **Dificultad con los compañeros**
____ **Dificultad con autoridad**
____ **Problemas de asistencia**
____ **Problemas de comportamiento**
____ **Dificultades de aprendizaje**
____ **Problemas atencionales**
____ **Dolores y molestias relacionadas con la escuela**
____ **Otra (por favor expliquie)**
_____
_____
_____

Factores físicos / de Desarrollo

____ **Comiendo**
____ **Dormido**
____ **Yendo al baño**
____ **Aseo**
____ **Lenguaje o habla**
____ **Funciones perceptuales / visuals**
____ **Problemas de coordinación motora**
____ **Otra (por favor expliquie)**
_____
_____
_____

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Duración y conversión primaria (incluidos cambios en el estado de ánimo, comportamiento, sueño, alimentación, actividades de tiempo libre, preocupaciones escolares). Utilice el reverso de la página para ver el historial importante.

¿Qué ha hecho para abordar esta preocupación y qué tan efectivos fueron estos esfuerzos?

¿Hubo algún evento que te hizo buscar tratamiento ahora? En caso afirmativo, describa.

Psiquiatría de Alabama

Nivel de grado actual: _____ Escuela actual: _____ Nombre del professor: _____

Dirección de Escuela: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Resuma el progreso del niño en cada uno de estos niveles de grado.

Preescolar:

Jardín de infancia:

Grados 1-3

Grados 4-5

Grados 6-8

Grados 9-12

¿Alguna vez se ha evaluado al niño? _____

Equipo de estudio escolar (SST) _____ Programa Educativo Individualizado (IEP) _____

¿Cuál fue el resultado de la evaluación? ¿Alojamientos?

		Fecha
Clase de discapacidad de aprendizaje:	_____	_____
Clase de trastornos conductuales / emocionales:	_____	_____
Aula de recursos:	_____	_____
Terapia del habla y lenguaje:	_____	_____
Suspendido, expulsado, retenido:	_____	_____
Otra (por favor especifica):	_____	_____

Otras evaluaciones: psicológica, educativa, del habla, terapia ocupacional.

(por favor traiga copias a la evaluación de admisión)

Tipo de evaluación	Nombre y número de evaluador	Fecha	Salir

Psiquiatría de Alabama

HISTORIA PSIQUIÁTRICA PASADA: Marque las que correspondan

Psicoterapia ambulatorial: _____ Si _____No

Terapia familiar: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Terapia individual: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Terapia de grupo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Paciente hospitalizado: _____ Sí _____No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

¿Ideas suicidas pasadas? _____ Sí _____No Plan: _____ Sí _____No Numero de intentos y fechas: _____

¿Ideación suicida actual? _____ Sí _____No Plan: _____ Sí _____No Fecha de intento más reciente: _____

Método: _____ Diagnóstico previo: _____

Nombre del psicoterapeuta o psiquiatra tratante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Historial medico

Cualquier problema médico significativo o relevante:

_____

_____

Condición crónica o discapacidad: _____

Medicamentos para niños:

Medicación	Dosis	Frecuencia	Propósito

¿Ha tenido el niño una reacción alérgica u otros problemas con los medicamentos? _____ Sí _____No

En caso afirmativo, qué medicamento, y explique brevemente:_____

Hábitos (cantidades de lista y frecuencia):

Alcohol o Drogas: _____ Cafeína: _____

Vitaminas: _____ Suplementos de hierbas:_____

Ejercicio: _____

Dormir: _____ Comiendo: _____

Otra: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA DE ORIGEN

Enumere a la familia que ha tenido problemas emocionales, depresión, ansiedad, enfermedad psiquiátrica, abuso de drogas o alcohol, dificultades de atención, dificultades de aprendizaje, autismo, retrasos en el desarrollo o discapacidades cognitivas, abuso, negligencia, intentos de suicidio, etc.

Miembro de la familia (relación con el niño)	Problema	En marcha	Resuelto

Psiquiatría de Alabama

FACTORES DE DESARROLLO

A. Historia prenatal

1. La salud de la madre durante el embarazo fue: _____ Bueno _____ Justo _____ Pobre

2. Edad de la madre al nacer el niño: _____

3. ¿La madre usó alguna de estas sustancias o medicamentos durante el embarazo?

Cerveza / vino:	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**
Cafeína/café:	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**
Licor fuerte:	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**
Cigarrillos:	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**
Pastillas para dormir:	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**
Otra:_____	**Nunca**	**1 or 2 veces**	**3-9 veces**	**10-19 veces**	**20-39 veces**	**40+ veces**

4. ¿Tenía la madre toxemia o eclampsia? _____Si _____ No

5. ¿Hubo incompatibilidad del factor Rh? _____Si _____ No

6. ¿Niño nacido a tiempo? _____ Si temprano, qué premature? _____

7. Duración del parto? _____

8. Sufrimiento fetal durante el parto? _____Si _____No

9. Fue la entrega: _____Recámara _____Cesárea _____Pinzas _____Succión _____Inducido

10. Peso al nacer del niño? _____ Puntaje de Apgar _____

11. ¿Hubo complicaciones después del parto? _____Si _____No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Psiquiatría de Alabama

B. Período Postnatal / Infancia / Niño pequeño

1. **problemas de alimentacion? _____Si _____No**
2. **Cólico? _____Si _____No**
3. **Dificultades del patrón de sueño? _____Si _____No**
4. **Problemas con la capacidad de respuesta (estado de alerta)? _____Si _____No**
5. **¿Hubo problemas de salud o congénitos durante la infancia? _____Si _____No**
6. **¿Cómo fue cuidar a este niño? _____muy fácil _____fácil _____promedio _____difícil _____muy difícil**
7. **¿Cómo se comportó el niño con otras personas?**

   _____Más sociable que el Promedio _____sociabilidad media _____más insociable que el Promedio
8. **Cuando el niño quería algo, ¿qué tan insistente era?**

   _____Muy insistente _____Algo insistente _____Promedio _____No muy insistente _____nada insistente
9. **Califique el nivel de actividad del niño:**

   _____muy activo _____activo _____promedio _____menos activo _____no activo

C. Hitos del Desarrollo

1. **Edad niño sentado: _____3-6 meses _____7-12 meses _____Más de 12 meses**
2. **Edad del niño gateado: _____6-12 meses _____ 13-18 meses _____Más de 18 meses**
3. **Edad niño caminaba solo: _____Menos de 1 año _____1-2 años _____2-3 años**
4. **¿El niño de la edad hablaba trabajos individuales que no fueran "mamá" o "papá"?**

   _____9-13 meses _____14-18 meses _____19-24 meses _____36-36 meses _____37-48 meses
5. **¿Edad niño encadena dos o más palabras juntas?**

   _____9-13 meses _____14-18 meses _____19-24 meses _____36-36 meses _____37-48 meses
6. **Edad niño fue entrenado para ir al baño?**

   Vejiga controlada: _____Menos de 1 año _____1-2 años _____2-3 años _____4+ años

   Intestino controlado: _____Menos de 1 año _____1-2 años _____2-3 años _____4+ años
7. **¿Cuánto tiempo tomó el entrenamiento para ir al baño desde el inicio hasta su finalización?**

   _____Menos de 1 mes _____1-2 meses _____2-3 meses _____Más de 3 meses