



CHILD GUIDANCE CENTER

Helping kids find hope and healing

HISTORIA FAMILIAR

Nombre del Niño: _____ Número de Identificación: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Medico del Niño _____ Numero de Teléfono _____

Medicamentos especiales o tratamiento especial _____

Alergias a medicamentos (por favor, escriba) _____

Nombre de persona para notificar en caso de emergencia _____ Teléfono _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA (Actualmente)

Madre Biológica _____ Padre Biológico _____

Adultos con quien vive el niño (Si es diferente de los padres)

Adulto _____ Relación al Niño _____

Adulto _____ Relación al Niño _____

Hijos

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Vive en la casa? Sí No

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Vive en la casa? Sí No

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Vive en la casa? Sí No

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Vive en la casa? Sí No

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Vive en la casa? Sí No

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Otros que viven en la casa

Nombre _____ Relación al Niño _____

Nombre _____ Relación al Niño _____

Nombre _____ Relación al Niño _____

Historia conyugal de los padres (maridos, noviazgos, parejas, etcétera)

Nombre de Usted: _____ su marido / pareja: _____ Fechas: de _____ hasta _____

Nombre del padre/madre: _____ su marido / pareja: _____ Fechas: de _____ hasta _____

Nombre del padre/madre: _____ su marido / pareja: _____ Fechas: de _____ hasta _____

Nombre del padre/madre: _____ su marido / pareja: _____ Fechas: de _____ hasta _____

Otras personas significantes en la vida del niño

Nombre _____ Relación al Niño _____

Nombre _____ Relación al Niño _____

Historia de lugares en donde ha vivido su niño (No incluyendo su casa)

Lugar _____ (Fecha) De _____ Hasta _____

Lugar _____ (Fecha) De _____ Hasta _____

Lugar _____ (Fecha) De _____ Hasta _____

Servicios de la comunidad (Por favor, escriba cualquier servicio o recursos de la comunidad con los cuales esta envuelto actualmente su niño/familia)

HISTORIA DE DESARROLLO (Por favor, ponga una marca (X) si hay o si hubo dificultades o complicaciones en las siguientes áreas)

- | | |
|--|---|
| _____ Embarazo | _____ Parto/ Dando a luz |
| _____ Prematuro/ Peso bajo al nacer | _____ Temperamento difícil |
| _____ Gateando | _____ Caminando |
| _____ Hablando | _____ Entrenamiento para usar el baño |
| _____ Daño cerebral | _____ Enfermedades o desordenes infantiles/ edad temprana |
| _____ Comiendo | _____ Durmiendo |
| _____ Dificultades demostrando cariño o afecto | _____ Falta de desarrollo o crecimiento |
| _____ Síndrome Fetal del Alcohol / Efectos | _____ Dificultades apegándose a los padres/ cuidador |

Por favor, indique cual tipo de disciplina usa su familia.

- | | |
|--|----------------------------------|
| _____ Tiempo solo | _____ Restricción de privilegios |
| _____ Regaños | _____ Pegar |
| _____ Hablar de las expectativas / consecuencias | _____ No dejar que salga su niño |
| _____ Gritos, dar sermones | _____ Otro _____ |

¿Cuales de estas técnicas, si alguna, le han resultado mas efectivas? _____

INFORMACIÓN SOCIAL

Por favor, escriba tres actividades de recreación, intereses, pasa tiempos (deportes, juegos, actividades familiares, organizaciones).

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor, escriba los quehaceres o tareas domesticas o trabajos que tiene que hacer su niño.

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor, escriba las fortalezas, características positivas y las cualidades de la personalidad mejores que posee su niño.

1. _____
2. _____
3. _____

INFORMACIÓN SOCIAL (Continuación)

Por favor, escriba las características o cualidades mejores que posee su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor, escriba de quien o en donde recibe su familia la mayor parte de su apoyo emocional.

1. _____
2. _____
3. _____

Historia Académica / Escolar

Escuela _____ del _____ grado *hasta* el _____ grado
Escuela _____ del _____ grado *hasta* el _____ grado
Escuela _____ del _____ grado *hasta* el _____ grado
Escuela _____ del _____ grado *hasta* el _____ grado

Normalmente, ¿Cómo son las calificaciones que su niño recibe en su reporte académico? _____

¿Ha sido identificado con lo siguiente?

_____ Incapacidad de aprendizaje	_____ Dotado
_____ Incapacidad de desarrollo	_____ “El Programa de Habilidades Comportamentales”
_____ Desorden de comportamiento	(en inglés, se dice: “Behavioral Skills Program”)

Por favor, describa las dificultades que su hijo esta teniendo en la escuela.

Historia Legal (Por favor, marque las violaciones o cargos que su niño haya recibido)

_____ Faltar a la escuela	_____ Relacionado con Alcohol / Drogas
_____ Asalto	_____ Vandalismo
_____ Robo	_____ Irse de la casa
_____ Perturbar la paz	_____ Robar cosas de la tienda
_____ Asalto Sexual	_____ Otro _____

¿Ha estado su niño en libertad condicional? Por favor, explique y de las fechas.

¿Ha estado su niño detenido en un lugar de corrección? Por favor, indique el lugar y las fechas.

Historia de Salud Mental (Por favor, escriba todo los servicios de salud mental o del abuso de sustancias que su niño ha recibido o está recibiendo)

Consejero/Agencia/Hospital _____ ¿Cuándo? _____

Consejero/Agencia/Hospital _____ ¿Cuándo? _____

Consejero/Agencia/Hospital _____ ¿Cuándo? _____

Si es posible, por favor, indique cualquier diagnostico que haya recibido su niño:

¿Ha tomado su niño medicamentos para problemas relacionados con salud mental/emociones?

Nombre de medicamento _____ Nombre del medico quien le dio la receta _____

Nombre de medicamento _____ Nombre del medico quien le dio la receta _____

Nombre de medicamento _____ Nombre del medico quien le dio la receta _____

Por favor, identifique cualquier miembro de la familia del niño (tíos, tías, abuelos, sobrinas, etc.) que hayan tenido dificultades emocionales (*depresión, suicidios, problemas de humor, problemas controlando el enojo, ansiedad, abuso de sustancias, hospitalizaciones psiquiátricas, etcétera*), incluya también si hay una historia familiar de las enfermedades comunes en su cultura (*mal de ojo, susto, espanto, pérdida del alma, empacho, etcétera*).

Por favor, escriba las cosas/eventos/problemas que le esta causando el mayor estrés a su niño / familia en este tiempo.

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor, escriba las metas que tiene para su niño mientras este en consejería.

1. _____
2. _____
3. _____

Firma de la persona completando esta forma _____

Su relación al niño _____



Lista de Problemas

Nombre del Niño _____ Numero de Identificación _____

Fecha _____ Persona completando la lista _____

Por favor marque una [X] al lado de los problemas que esta teniendo su niño.

Problemas de Humor / Depresión

- depresión / retraído / llora mucho
- perdida de interés en actividades
- fatigado, bajo nivel de energía
- pensamientos de suicidio, acciones, o intentos
- autoestima baja, confianza en si mismo
- comportamientos dañinos a su persona
- pesar, problemas con haber perdido un ser amado

Problemas Emocionales

- problemas con dormir, pesadillas
- ansiedad, preocupación excesiva
- ataques de pánico o temores intensos
- enojo o rabietas
- cambios rápidos y dramáticos en humor
- irritable
- aislado y retraído de los demás
- no habla de lo que le esta molestando
- hace del baño en la cama, se ensucia
- apetito pobre o dieta, desorden de comer

Problemas de Conducta

- pelea con sus compañeros
- amenaza con hacer daño a otros
- roba
- comportamiento agresivo y asaltante
- miente
- no hace caso, irrespetuoso
- cruel a los animales
- enciende fuegos
- actos sexuales
- violaciones de la ley
- uso de drogas / alcohol
- no llega a tiempo a la casa
- involucramiento en pandillas

Problemas de Control de Impulso

- hiperactivo, inquieto
- no piensa antes de actuar
 - dificultades concentrándose
 - dificultades organizando tareas
 - fácilmente distraído, no termina lo que empieza
 - toma muchos riesgos que pueden ser peligrosos

Problemas de Pensamientos

- acciones repetidas que su niño no puede parar (lavar las manos, contar cosas)
 - pensamientos perturbantes que su niño no puede parar
 - problema recordando cosas
 - acciones o pensamientos raros
 - ve o oye cosas que otros no ven o oyen
 - cree que otros andan tras del

Problemas Sociales / Personales

- vergonzoso, apegado a los padres
- socialmente inmaduro
- dificultad haciendo y manteniendo amistades
- juntándose con amigos de quien usted desapruueba
- busca atención, quejumbroso
- los sentimientos se le hieren fácilmente
- egoísta, centrado en si mismo
- se queja que otros no lo quieren
- culpa a otros por sus problemas
- dificultad adaptándose a nuevas situaciones
- evita tratar nuevas cosas
- sigue a los demás, fácilmente influenciado por sus compañeros
- cambios significantes en su grupo de amigos

Problemas de Escuela

- falta a la escuela
- ansioso de asistir a la escuela
- suspendido, expulsado, detenido después de clase
- causa interrupciones en la clase
- dificultades llevándose con sus compañeros de clase
- dificultades llevándose con sus maestros
- problemas en la guardería
- incapacidad de aprendizaje
- no hace la tarea
- trabaja en un nivel mas bajo de lo normal
- desorden del habla, lenguaje, leer o escribir

Problemas de la Familia

- conflictos con la madre / madrastra
- conflictos con el padre / padrastro
- pelea con sus hermanos
- problemas con divorcio / separación
- problemas matrimoniales
- violencia domestica
- padres abusan sustancias ilícitas
- se va de la casa
- dificultades siguiendo reglas, haciendo quehaceres
- dificultades con las rutinas básicas (higiene, acostarse)
- experimenta discriminación por su raza o pertenencia étnica

Otros Problemas

- víctima de abuso sexual
- víctima de abuso físico
- víctima de abuso emocional
- mudanzas frecuentes, cambios de escuela
- muerte o pérdidas de un ser querido
- vio abuso domestico

Por favor identifique cualquier otra preocupación que usted tenga referente a su niño (o familia).

Por favor marque cada una de las siguientes áreas de la vida de su familia en términos de su nivel de satisfacción.

Área de la vida de la Familia	Muy Descontento 1	Descontento 2	Neutral 3	Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5
FAMILIA					
14. Salud Física					
15. Seguridad de los individuos en la casa					
16. Relación Matrimonial/ Pareja					
17. Estatus de Trabajo/ Financiero					
18. Comunicación y/o cooperación dentro de la familia					
19. Relación con los Niños					
20. Estilo/ Habilidad de Padre					
21. Conocimiento del desarrollo del niño y/o problemas de salud mental					
22. Apoyo familiar/ social externo					
23. Vida Espiritual					
24. Disponibilidad de servicios/ recursos en la comunidad					

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES DOS PREGUNTAS SI ACTUALMENTE ESTA ENVUELTO EN CONSEJERIA EN CHILD GUIDANCE

25 Por favor circule el numero en la siguiente escala para indicar cuanto le a ayudado la conserjería.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 No me ha ayudado Ayudado Moderadamente Ayudado Demasiado

26. Por favor circule el numero en la siguiente escala para indicar cuanto progreso piensa que su niño/ familia han hecho hacia cumplir las metas hechas durante la conserjería.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Ningún progreso Progreso Moderado Mucho progreso

GRACIAS POR SU PACIENCIA Y COOPERACIÓN AL COMPLETAR ESTAS PREGUNTAS. ESPERAMOS QUE ESTO NOS AYUDE A SERVIRLE MEJOR.