



Cuestionario emocional y conductual para pacientes

Para brindarles la mejor asistencia posible, es importante que el paciente o su tutor legal completen el siguiente cuestionario antes de ser atendidos. Esta información nos ayudará a comprender mejor a su hijo y a saber cómo podemos ayudarlo. Haga todo lo posible. Sin embargo, si no sabe cómo responder una pregunta o prefiere no responderla, puede dejarla en blanco. **LOS MENORES DE 18 AÑOS DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS DE UN TUTOR LEGAL.**

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Quién está completando este formulario?: _____ Relación con el paciente: _____

Grado del niño: _____ Nombre de la escuela del niño: _____

¿Ha habido alguna vez intervención del DHR con este niño? ☐ Si ☐ No Si es así, explique: _____

¿Quién es / son los tutores legales de este niño?

Nombre:	Nombre:
☐ Adoptivo ☐ Biológico ☐ Paso	☐ Adoptivo ☐ Biológico ☐ Paso
☐ Actualmente casado o viviendo con pareja ☐ Divorciado ☐ Apartado ☐ Soltero ☐ Viudo	☐ Actualmente casado o viviendo con pareja ☐ Divorciado ☐ Apartado ☐ Soltero ☐ Viudo
Edad:	Edad:
Ocupación:	Ocupación:

Enumere a todas las personas que viven actualmente en el hogar con el niño. Indique si viven a tiempo completo o parcial en el hogar.

Nombre	Edad	Relación	Tiempo completo o parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial
			Completo / Parcial

Enumere otras personas que el niño visita (padre divorciado, abuelo, etc.) que no viven en el hogar:

Nombre	Edad	Relación

Describa las principales razones, preguntas o inquietudes para que su hijo sea evaluado en este momento:

Por favor marque todas las inquietudes sobre su hijo:

☐ Ansiedad, nerviosismo, preocupación o miedos.	☐ Comentarios negativos sobre uno mismo	☐ Preocupaciones sociales/de amistad
☐ Mintiendo	☐ Destrucción de propiedad	☐ Hiperactividad/control de impulsos
☐ Ataques de pánico	☐ Falta de atención, desorganización	☐ Acoso escolar
☐ Crueldad animal	☐ Robo	☐ Repite ciertos actos una y otra vez
☐ Pensamientos de suicidio	☐ Evita ciertas cosas o lugares	☐ Soñador
☐ Malinterpreta las ideas	☐ Incómodo en situaciones sociales	☐ Rabietas frecuentes
☐ Prender fuego	☐ Morderse las uñas	☐ Llanto frecuente
☐ Irritabilidad	☐ Sentirse sospechoso	☐ Tímido
☐ Cambios de humor extremos	☐ Retraimiento social	☐ Orinarse encima
☐ Mal contacto visual	☐ Autolesión	☐ Intento de suicidio
☐ Huir de casa o de la escuela	☐ Preocupaciones sobre la alimentación o el peso	☐ Preocupaciones sobre el comportamiento sexual
☐ Comportamiento oposicionista o desafiante	☐ Olvidadizo o con problemas de memoria	☐ Problemas con el alcohol o las drogas
☐ Depresión/mal humor	☐ Luchas académicas	☐ Asistencia o rechazo a la escuela
☐ Agresión	☐ Dificultades de aprendizaje	☐ Problemas de sueño/pesadillas
☐ Romper reglas o leyes/cuestiones legales	☐ Fijaciones/intereses estrechos	☐ Dolores de cabeza, dolores de estómago o dolores/molestias
☐ Alucinaciones (ver u oír cosas que otros no pueden)	☐ Preocupaciones sensoriales (sobre/subreactividad al dolor, luces, tacto, sonido, textura, etc.)	
☐ Interacción inapropiada en redes sociales (explique):	☐ Preferencias de contenido de Internet (como centrarse en contenido aterrador o violento, exposición a pornografía, etc. Explique):	
☐ Colecciona cosas (especificar):	☐ Agresión hacia otros (especificar):	☐ Comportamiento inusual (explique):
☐ Otros problemas conductuales/emocionales:		

¿Cuánto tiempo llevan presentes estas preocupaciones? ¿Qué se ha hecho hasta ahora para abordar estas preocupaciones? _____

¿Tiene alguna inquietud o problema que no sea apropiado discutir en presencia de su hijo/a, incluyendo los que ya mencionó en este cuestionario? En caso afirmativo, indíquelo a continuación: _____

Impacto de los problemas:

¿Cómo han afectado estos problemas a su hijo y a su familia? _____

¿Comportamiento escolar, calificaciones y relaciones con los compañeros? _____

¿Comportamiento en el hogar y relaciones familiares? _____

Relaciones vecinales/comunitarias, ¿problemas legales? _____

¿Tiene el paciente o la familia algún problema legal? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, especifique los cargos, el estado, las consecuencias, los procesos judiciales futuros y las fechas (si se conocen): _____

Marque cualquier cambio familiar o factor estresante que haya experimentado su hijo:

☐ Movedor	☐ Conflicto parental	☐ Violencia
☐ Separación o divorcio	☐ Abuso emocional	☐ Abuso sexual
☐ Nuevo matrimonio de un padre	☐ Abuso físico	☐ Muerte
☐ Miembro de la familia abandona el hogar	☐ Problemas de salud de los miembros de la familia	☐ Nuevo miembro de la familia viviendo en el hogar
☐ Problemas legales	☐ Descuido	☐ Encarcelación
☐ Cambio de escuela	☐ Pobreza	☐ Exposición a la discriminación
☐ Cambios de trabajo	☐ Otros cambios o factores estresantes familiares:	

¿Cuáles son sus objetivos para esta evaluación y tratamiento? ¿Qué espera lograr con la evaluación y el tratamiento? Por favor, priorice estos objetivos.

- 1.
- 2.
- 3.

Historia del desarrollo

¿Alguna complicación con el embarazo?? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Estuvo la madre expuesta a medicamentos durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué? _____

¿La madre consumió alcohol o drogas ilícitas durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

¿La madre consumió tabaco durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto duró el embarazo? ☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Post término

La entrega fue: ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ Fórceps/Vacío

Peso al nacer: _____

Cualquier complicación posparto, como infección, sangrado, depresión posparto ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique: _____

☐ El bebé llegó a casa a tiempo

☐ El bebé fue transferido a la UCIN por _____ días

Mirando hacia atrás a través de la infancia y la niñez temprana, ¿cómo describiría el nivel de actividad de su hijo?

☐ Alto ☐ Bajo ☐ Promedio

¿El bebé tenía cólicos? ☐ Sí ☐ No

¿El bebé tuvo algún problema de unión? ☐ Sí ☐ No

¿Problemas con la alimentación? ☐ Sí ☐ No

¿Problemas para dormir? ☐ Sí ☐ No Si es así ¿qué edad? _____

¿Cómo describirías su temperamento?

☐ Bebé sencillo ☐ Bebé difícil ☐ Promedio ☐ Lento para calentar ☐ Moderado

Al recordar los primeros 1 o 2 años de vida de su hijo, ¿cómo describiría su desarrollo (sentarse, caminar, hablar, aprender a ir al baño, etc.)?

☐ Mayormente a tiempo o temprano ☐ Mayormente tarde o retrasado ☐ A tiempo excepto _____

¿Tu hijo tuvo algún problema al separarse de ti? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Su hijo asistió a la guardería/preescolar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Su hijo participó en alguna intervención de desarrollo antes del jardín de infantes? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

Historia emocional y conductual

¿Su hijo ha sido visto en el pasado por un consejero o terapeuta por un problema emocional o de comportamiento?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere los detalles a continuación:

Nombre del proveedor o institución	Fechas de tratamiento	Motivo del tratamiento	Tipo de tratamiento y eficacia

¿Su hijo está siendo visto actualmente por un consejero o terapeuta por un problema emocional o de comportamiento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere los detalles a continuación:

Nombre del proveedor o institución	Fecha de inicio	Motivo del tratamiento	Tipo de tratamiento y eficacia

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez por problemas de conducta o emocionales? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere los detalles a continuación:

Nombre de la institución	Fechas de tratamiento	Motivo del tratamiento

¿Alguna vez tu hijo ha sido suicida? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿hubo algún intento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, fechas aproximadas: _____

¿Su hijo alguna vez ha tenido conductas de autolesión? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

Historia emocional y conductual (cont.)

Enumere todos los medicamentos emocionales o conductuales actuales y pasados que su hijo toma o ha tomado.

Medicamento	Actual/Pasado	Fechas de tratamiento	Eficacia	Posibles efectos secundarios	Si se discontinuó, ¿por qué?
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				

Historial médico

Enumere todos los medicamentos crónicos actuales y pasados (no relacionados con condiciones emocionales o de comportamiento), incluidas las vitaminas y los suplementos, que su hijo toma o ha tomado.

Medicamento	Actual/Pasado	Fechas de tratamiento	Objetivo	Posibles efectos secundarios	Si se discontinuó, ¿por qué?
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				
	Actual/Pasado				

Otros médicos/especialistas

Nombre: _____ Instalación: _____

Última fecha vista: _____ Condiciones que se están tratando: _____

Nombre: _____ Instalación: _____

Última fecha vista: _____ Condiciones que se están tratando: _____

Nombre: _____ Instalación: _____

Última fecha vista: _____ Condiciones que se están tratando: _____

Nombre: _____ Instalación: _____

Última fecha vista: _____ Condiciones que se están tratando: _____

Nombre: _____ Instalación: _____

Última fecha vista: _____ Condiciones que se están tratando: _____

Escuela actual o más reciente: ☐ Público ☐ Privado ☐ Educación en casa **Grado actual:**_____

¿Tu hijo alguna vez ha repetido curso? En caso afirmativo, indique en qué curso y por qué:_____

¿Su hijo ha recibido designación o servicios de educación especial? Especifique el tipo y el nivel de grado. Esto incluye ayuda con el habla, tutoría, ayuda con la lectura, así como trastornos del aprendizaje, trastornos emocionales, trastornos del comportamiento, colocación avanzada y programas para superdotados:_____

¿Su hijo tiene otro IEP separado del mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

¿Existe un "Plan de Adaptación 504"? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez su hijo ha sido evaluado en la escuela por dificultades de aprendizaje o de comportamiento?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique y proporcione resultados si es posible:_____

Indique cómo se ha desempeñado su hijo académicamente en la escuela y cómo se ha llevado con los maestros, vecinos y otros niños en la escuela o en el vecindario. Resuma la información de las conferencias de padres y maestros, sus propias observaciones, comentarios de otros, etc.

Calificación	Rendimiento académico	Preocupaciones académicas	Preocupaciones de comportamiento	Preocupaciones adicionales (OT/PT, habla y lenguaje, educación especial, IEP)
Infancia - Preescolar (0-3)				
Jardín de infancia - quinto grado				
Sexto - octavo grado				
Noveno - duodécimo grado				

¿Alguna vez su hijo ha sido suspendido? ☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:_____

¿Alguna vez su hijo ha sido enviado a una escuela alternativa? ☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:_____

Historial médico/psiquiátrico familiar:

Por favor, marque cualquier condición médica y psiquiátrica en otros miembros de la familia consanguíneos. Marque con un círculo P para el lado paterno y M para el lado materno de la familia donde se indique.

Condición	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo	Abuela	Tío	Tía	Primos	Otro (Por favor indique)
Alcoholismo/Abuso de sustancias					P M	P M				
Ansiedad					P M	P M				
Depresión					P M	P M				
Intentos de suicidio					P M	P M				
Bipolar					P M	P M				
Esquizofrenia					P M	P M				
Autismo					P M	P M				
Desafíos o retrasos cognitivos					P M	P M				
Abuso físico/emocional					P M	P M				
Abuso sexual					P M	P M				
Trastornos alimentarios					P M	P M				
Problemas de aprendizaje					P M	P M				
Problemas de atención					P M	P M				
Trastorno convulsivo					P M	P M				
Enfermedad de la tiroides					P M	P M				
Otro:					P M	P M				

Consumo de sustancias en niños y familias:

¿Tiene usted alguna preocupación porque su hijo consume sustancias? ☐ Sí ☐ No

Si es así, explique: _____

Si corresponde, ¿con qué frecuencia su hijo consume las siguientes sustancias?

	Nunca	A diario	Varias veces por semana	Pocas veces al mes	Pocas veces al año
Nicotina					
Alcohol					
Marijuana					
Cafeína, bebidas energéticas					
Otras drogas					

Enumere otras drogas ilícitas: