



DYOS Counseling, PLLC
Discovering Your Own Strength
Evaluación Inicial

Terapia Individual para Niño(a) o Adolescente

Fecha _____ Quien lo(a) recomendó a este servicio? _____

Nombre del niño(a)/adolescente _____

Nombre del padre _____ teléfono _____

Nombre de la madre _____ teléfono _____

Dirección _____

Grupo étnico _____ Nacionalidad _____

Con quién vive el niño(a) adolescente:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Papá y mamá | <input type="checkbox"/> Unos días con papa y otros días con mamá |
| <input type="checkbox"/> Sólo papá | <input type="checkbox"/> Abuelos |
| <input type="checkbox"/> Sólo mamá | <input type="checkbox"/> Otros familiares o amistades |

Razones por las que el niño(a) viene a terapia _____

Historia de los problemas actuales: Describa como se han manifestado los problemas que el niño está experimentando y como se han ido desarrollando en su vida; incluyendo conducta problemática, síntomas, intensidad de los síntomas (en caso de haber síntomas presentes).

HISTORIA DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

Ha estado su niño(a) o adolescente hospitalizado(a) por problemas de salud física o mental?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, mencione las razones y enliste los medicamentos que le fueron recetados por motivo de la hospitalización.

Alguno de estos problemas están relacionados con problema de abuso de sustancias o fobias, intentos de suicidio, enfermedad maniaco-depresiva, violencia, esquizofrenia, etc.?

HISTORIA MÉDICA

Cuenta su niño(a) o adolescente con un médico familiar a quien acudir para revisiones periódicas.

Tiene su niño(a) o adolescente problemas médicos en la actualidad? Si la respuesta es afirmativa, está su niño recibiendo tratamiento médico?

Ha tenido su niño(a) problemas médicos en el pasado? Por favor describa aquí:

Tiene alguna discapacidad? Si su respuesta es afirmativa, requiere de adaptaciones especiales? _____

DESARROLLO PSICOSOCIAL

Enliste los nombres de sus hermanos de mayor a menor incluyendo sus edades

Relaciones Familiares.-Describa la niñez de cada miembro de la familia, las relaciones entre cada uno de los miembros conforme han ido creciendo, incluyendo las relaciones con los padres de familia, muestras de violencia y/o maltrato entre los miembros si es que ha habido y muestras de afecto.

Describa la manera en que su hijo(a) pasa el tiempo libre: pasatiempos, entretenimiento, diversiones, momentos de compartir todos juntos. Que actividades hacen juntos en familia?

Mencione los recursos con que cuenta la familia: apoyo de familiares y amigos, trabajo, escuela, etc.

En qué grado escolar se encuentra su hijo(a)?

Si hay alguna consideración especial que le gustaría que tuviéramos con motivo de su cultura, por favor enlístela(s) a continuación:

Describa la práctica religiosa de su hijo(a): religión, frecuencia con que asiste a misa/servicio, le gusta o no le gusta?

Tiene su hijo(a) algún problema relacionado con adicciones o conductas compulsivas (sexo, apostar, con la comida, con la limpieza, con las compras, internet, trabajo, videojuegos, etc.)

Ha tenido su hijo(a):

| | En el pasado | | En el presente | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ideas suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Urgencias suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Planes suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio u homicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Comentarios adicionales:

Mencione si su hijo(a) ha:

| | En el pasado | | En el presente | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sufrido de abuso físico/ sexual? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha abusado a alguien de manera Física/sexual | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Si su respuesta fue afirmativa, describa la situación.

ES IMPORTANTE QUE SEPA QUE SU TERAPEUTA DISCUTIRÁ ESTA INFORMACIÓN CON USTED. SIÉNTASE LIBRE DE DISCUTIR O CLARIFICAR AQUELLA INFORMACIÓN QUE USTED CREA QUE NECESITA UN DIALOGO MAS PROFUNDO.

GRACIAS