

**Formulario del historial
familiar y del paciente sobre
salud mental y conductual**

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

CSN: _____

I. Información del niño

Nombre del niño: _____ Nombre preferido del niño: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo asignado al nacimiento: _____ Identidad de género: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Relación: _____

¿Qué sería útil para nosotros saber sobre la religión o cultura de su familia?

¿Es adoptado el niño? No Sí, ¿A qué edad fue adoptado? _____

¿Sabe el niño que es adoptado? No Sí N/A

Estado civil de los padres:

Padre 1: Casado Pareja doméstica Soltero Divorciado Separado Viudo

Padre 2: Casado Pareja doméstica Soltero Divorciado Separado Viudo

II. Historial del desarrollo

¿Nació el niño prematuro? No Sí, ¿cuántas semanas antes? _____ Peso al nacer: _____

¿Hubo algún problema o enfermedad durante el embarazo o parto? No Sí, explique _____

¿Se usó tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo? No Sí, haga una lista

¿Se usaron medicamentos recetados durante el embarazo? No Sí, haga una lista

Escriba la edad en la que el niño empezó a:

Rodar _____ Sentarse _____ Gatear _____ Caminar _____

Decir palabras _____ Decir oraciones _____ Saber ir al baño (día) _____ Saber ir al baño (noche) _____

¿Ha recibido el niño alguno de los siguientes?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Terapia física | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Servicios de protección infantil |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Otros recursos comunitarios |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Terapia del habla | | | (es decir Servicios de apoyo e intervención a familias [FISS, por sus siglas en inglés], Del nacimiento a los 3 años, terapia para el autismo, etc.) |



III. Historia de salud mental

¿Ha sido atendido el niño antes por problemas de salud mental? No Sí, enumere las fechas y proveedores (p. ej. terapeuta / psicólogo / psiquiatra, pruebas psicológicas, hospitalización, tratamiento por el consumo de drogas o alcohol, etc.):

IV. Antecedentes médicos adicionales

Haga una lista de otros proveedores, doctores o especialistas que el niño ve ahora:

Nombre	Razón	Fecha de la última consulta

Seleccione cualquiera de las siguientes pruebas que haya tenido el niño y llene la información:

X	Prueba	Fecha de la prueba	Donde se realizó la prueba	Resultados
	Electroencefalograma			
	Tomografía computarizada o imágenes de resonancia magnética			
	Electrocardiograma			
	Pruebas neuropsicológicas			Favor de traer una copia del informe a la primera cita

¿Su hijo se ha sometido a cirugías previas? No Sí, enumere: _____

¿Su hijo ha estado hospitalizado? No Sí, enumere: _____

¿Las vacunas de su hijo están actualizadas? Sí No, explique: _____

Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo toma actualmente (**favor de traer las botellas de las píldoras a la primera consulta**):

Nombre del medicamento	Dosis	Horas	Razón

V. Antecedentes médicos familiares

Favor de marcar las casillas para los familiares que hayan tenido alguna de estas enfermedades:

	Paciente	Madre	Padre	Hermanos o hermanas	Comentarios
Salud mental					
TDAH/TDA (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)					
Consumo de drogas o alcohol					
Ansiedad					
Bipolaridad/cambios de humor					
Depresión					
Problemas o discapacidades de aprendizaje					
Trastorno obsesivo-compulsivo					
Trastorno de la personalidad					
Esquizofrenia					
Pensamientos o intentos suicidas					
Evento de vida traumático					
Problemas neurológicos					
Trastorno del espectro autista					
Dolores de cabeza o pérdida de la conciencia					
Conmoción cerebral					
Traumatismo craneal					
Migrañas					
Trastornos neurológicos					
Convulsiones					
Derrame cerebral					
Tics (movimientos y vocalizaciones incontroladas)					
Otros problemas médicos					
Alergias a los alimentos, medicamentos o ambiente					
Trastorno sanguíneo					
Problemas de respiración					
Cáncer					
Diabetes					
Problemas de la visión o audición					
Problemas o enfermedades cardíacas					
Enfermedad del hígado					
Presión arterial alta o baja					
Problemas al orinar o moja la cama					
Problemas con las evacuaciones o menstruación					
Problemas del estómago					
Problemas de tiroides					
Otro:					

VI. Inquietudes socioemocionales

¿Cuál de los siguientes síntomas ha mostrado el niño? Seleccione **sólo** las que apliquen.

	Sí	Comentarios
Inquietudes emocionales o del estado de ánimo		
Ansiedad o se preocupa mucho		
Llora fácilmente o a menudo		
Dificultad para separarse (dependiente)		
Cambios frecuentes de humor		
Se frustra fácilmente		
Irritable o malhumorado		
Retraído		
A menudo está triste		
Inquietudes de la conducta		
Agresivo hacia los animales		
Agresivo o violento hacia otras personas		
Destruye propiedad		
Hace lo mismo una y otra vez		
Hiperactivo		
Impulsivo (actúa sin pensar)		
Sale de la casa o escuela sin permiso		
Miente a menudo		
Independiente prematuramente		
Se corta o autolesiona		
Conductas sexuales o riesgosas		
Roba		
Berrinches		
Problema para prestar atención		
Otro		
Mirada ausente		
No puede dejar de pensar lo mismo		
Se siente culpable a menudo		
Escucha cosas que no están allí		
Mudo (no habla)		
Ve cosas que no están allí		
Piensa que la gente está en su contra		
Trauma o pérdida		
Abusado física, mental o sexualmente		
Experimentó pérdida, muerte o separación		
Fue testigo de violencia o de abuso físico o verbal		

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____