



**Bienvenido a Bear River Mental Health Services, Inc. Como parte importante de su cita de evaluación, le pedimos que llene el siguiente paquete de información lo más completo posible. La finalización de este paquete será de gran ayuda para su terapeuta para familiarizarse con su historia y desarrollar un plan de tratamiento.**

**Este paquete se utilizará solo con fines informativos y no se considera parte del registro clínico. Esta información se destruirá después de que el terapeuta la haya revisado.**

**Si tiene alguna pregunta, favor de póngase en contacto con nuestro personal de coordinación de servicios en el lugar apropiado.**

**Cache and Rich Counties: 435-752-0750**

**Brigham City: 435-734-9449**

**Tremonton Area: 435-257-2168**

# HISTORIA PERSONAL DE NIÑOS Y JÓVENES

Todas las preguntas se aplican al **Niño o Joven**

Nombre legal del joven: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del joven: \_\_\_\_\_ Pronombre preferido del joven \_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_ Relación con el/la joven: \_\_\_\_\_

## **ARREGLOS DE VIVIENDO ACTUALES (¿Con quién vive el niño(a)?)**

Por favor, enumere todos los miembros de la familia e indique si viven en el hogar. Incluya miembros no familiares que actualmente viven en el hogar.

ACUERDOS de vida actual				
Nombre	Edad	Relación con el/la joven	Viviendo en el hogar	Ocupación o año en la escuela
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

## **PROBLEMAS ACTUALES**

Por favor, indique el problema o los problemas para los que usted solicita ayuda. Comience primero con el problema más difícil.

1. \_\_\_\_\_

Califique la gravedad del problema #1:  leve     moderada     severa

2. \_\_\_\_\_

Califique la gravedad del problema #2:  leve     moderada     severa

Historia de este / estos problemas \_\_\_\_\_

¿Qué soluciones ha probado para corregir los problemas actuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RESULTADOS DE SERVICIO DESEADOS**

¿Cuáles son sus esperanzas o metas que usted desea que su joven logre en el tratamiento (por favor sea específico)?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **SÍNTOMAS ACTUALES Y PASADOS**

Califique los siguientes síntomas de este joven:

	Nunca	Casi nunca	Parte del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi todo el tiempo
Periodo de atención corto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de impulsividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad con el cambio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agresivo a personas o animales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destrucción de propiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diciendo mentiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ira explosiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rompiendo las reglas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baja autoestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimientos de culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad y estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad por separación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mojar la cama /Accidentes diurnos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros - favor liste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **USO DE SUSTANCIAS (si aplicable)**

Ha utilizado alguna vez el/ la joven las siguientes sustancias:

	Frecuencia de uso	Tiempo de uso (cuando se inició)
<input type="checkbox"/> Cigarrillos/Tabaco	_____	_____
<input type="checkbox"/> El alcohol	_____	_____
<input type="checkbox"/> Marijuana	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estimulantes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor / Relajantes musculares	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____

¿Ha recibido alguna vez el/la joven tratamiento para el abuso de sustancias?  Si  No

De quién / cuándo: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE SALUD**

¿Quién es el médico de familia del joven? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor indique e incluya la fecha de alguna enfermedad grave, lesión, cirugía o hospitalización el/la joven ha tenido:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Anote cualquier alergia que tenga el/la joven: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Dental: \_\_\_\_\_

¿Están las vacunas al día?  Si  No

¿Es el joven sexualmente activo?  Si  No  Desconocida

Si es mujer, ¿está embarazada?  Si  No Fecha de parto: \_\_\_\_\_

Por favor, verifique todas las siguientes condiciones médicas que el joven tiene ahora o ha tenido en el pasado:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales /<br>intestinales | <input type="checkbox"/> Hiperactividad            | <input type="checkbox"/> Nivel alto o bajo de energía |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos               | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir     | <input type="checkbox"/> Diabetes                     |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / ataques                  | <input type="checkbox"/> Aumento o pérdida de peso | <input type="checkbox"/> La hipoglucemia              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de apetito      | <input type="checkbox"/> Otro _____                   |

¿Ha sido el/la joven probado para: TB  Si  No  Positivo  Negativo

Hepatitis  Si  No  Positivo  Negativo

HIV  Si  No  Positivo  Negativo

Indique *todos* los medicamentos actuales el/la joven está tomando:

Medicación	Dosis	Doctor que prescribe
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indique *todos* los medicamentos de salud mental el/la joven ha tomado en el pasado:

Medicación	Dosis	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### **FUNCIONAMIENTO**

¿Hay alguna preocupación para esta/a joven acerca de:

Funcionamiento de idioma (el habla y la audición): explique \_\_\_\_\_

Funcionamiento visual: explique \_\_\_\_\_

Funcionamiento intelectual: explique \_\_\_\_\_

Capacidad de aprendizaje: explique \_\_\_\_\_

### **DESARROLLO INFANTIL / HISTORIA DE APAGO DE LA INFANCIA**

Cuando era niño (a) de **1 ½ a 3 años**:

1. ¿El niño / la niña tomo interés en otros niños(as)?  Si  No
2. ¿El niño / la niña alguna vez uso su dedo índice para señalar, para indicar interés en algo?  Si  No
3. ¿El niño / la niña alguna vez le trajo objetos para mostrarle algo?  Si  No
4. ¿El niño / la niña lo imitaba? Por ejemplo, si usted hacia una cara, el/ella hacia lo mismo?  Si  No
5. ¿El niño / la niña respondía a su nombre cuando lo llamaron?  Si  No
6. Si usted señalo un juguete al otro lado de la habitación, ¿lo miró la niña / el niño?  Si  No

Informacion sobre embarazo y parto

- Madre no recibió atención prenatal
- Cualquier problema o problemas durante el embarazo: explique \_\_\_\_\_
- La exposición prenatal a sustancias
- Los medicamentos tomados por la madre durante el embarazo: por favor liste \_\_\_\_\_
- Cualquier problema con el parto: \_\_\_\_\_

A partir de la edad de 2-5 el/la joven mostró:

- Un corto interés o capacidad de atención
- Inquietud
- Frecuentes estallidos de mal genio
- Destructivo con los juguetes
- Generalmente infeliz o irritable
- Reacciones intensas, ya sea positivo o negativo
- La incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones
- Demasiado prudente o lento para confiar
- Demasiado rápido para confiar
- En raras ocasiones buscó consuelo
- Raramente jugaba con otros
- Desconectó / pierde el contacto

Por favor, escriba la edad cuando por primera vez el/la joven:

Caminó solo (a) \_\_\_\_\_ Usó el baño solo (a) \_\_\_\_\_ Conocía los colores \_\_\_\_\_  
Empezó a usar palabras \_\_\_\_\_ Habló frases \_\_\_\_\_ Escucho una historia de 10 minutos \_\_\_\_\_

Por favor, describa la relación inicial entre su padre (s) y este/a joven \_\_\_\_\_

### **FAMILIA / HISTORIA CULTURAL**

Los padres biológicos estan:  Casados  Solteros  Separados  Divorciados  Uno o los dos han fallecido

¿Fue el/la joven adoptado?  Si  No      ¿A que edad? \_\_\_\_\_      ¿De donde? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal de el/la joven? \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier separación de los padres / cuidadores el/la joven haya tenido (es decir. colocados en cuidado de crianza, movido de un miembro de la familia a otro miembro de la familia, el encarcelamiento de los padres, la muerte de uno de los padres, etc.): \_\_\_\_\_

Por favor enumere los cambios residenciales de el/la joven en los últimos 5 años \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **HISTORIA PSIQUIÁTRICA DE LA FAMILIA**

Por favor liste cualquier relación de sangre (por ejemplo, padres, abuelos, tíos, hermanos, etc.) que han tenido:

- Colapso mental o nervioso \_\_\_\_\_
- Depresión \_\_\_\_\_
- Ansiedad o nerviosismo severo \_\_\_\_\_
- Alcoholismo \_\_\_\_\_
- Abuso de drogas \_\_\_\_\_
- Cambios de humor \_\_\_\_\_
- Comportamiento extraño \_\_\_\_\_
- Problemas temperamentales extremas \_\_\_\_\_
- El intento de suicidio o muerte por suicidio \_\_\_\_\_
- Extremadamente tímido(a), tranquilo (a), aislado(a) de los demás \_\_\_\_\_
- La hospitalización de salud mental \_\_\_\_\_
- Dificultad de aprendizaje o para leer \_\_\_\_\_
- Dificultades graves de conducta en la niñez \_\_\_\_\_
- Desacuerdos maritales graves o de la disciplina de los niños \_\_\_\_\_
- Historia de separación o divorcio de los padres \_\_\_\_\_
- Enfermedad médica significativa (liste el familiar y la enfermedad) \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en la familia de el/la joven que está recibiendo servicios de salud mental en este momento?  Si  No

Si es así, liste la relacion y donde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ABUSO / HISTORIA DE TRAUMA**

¿Este (a) joven ha experimentado alguna vez algún tipo de abuso?

- Abuso emocional  Si  No ¿En caso afirmativo, por quién? \_\_\_\_\_
- Abuso físico  Si  No ¿En caso afirmativo, por quién? \_\_\_\_\_
- Abuso sexual  Si  No ¿En caso afirmativo, por quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el/la joven fue involucrado en cualquier otro tipo de incidentes traumáticos como trauma médico, desastres naturales, trauma de refugiado, violencia escolar, el terrorismo o la aflicción traumática?  Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

## **TRATAMIENTO Y HISTORIA DE LA SALUD MENTAL DE EI/LA JOVEN**

1. ¿Ha recibido alguna vez el/la joven previo asesoramiento de salud mental o tratamiento?  Si  No

Terapeuta \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Con respecto a \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Con respecto a \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha sido el/la joven hospitalizado por razones de salud mental?  Si  No

Dónde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Dónde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN CULTURAL / ÉTNICA**

Preferencia religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

Por favor anote (describa) cualquier información que es único acerca de este(a) joven o de su familia que pueda ser útil para el terapeuta tener en cuenta (ejemplo: puntos de vista religiosos o creencias, herencia familiar, tradiciones familiares, creencias culturales): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **HISTORIA EDUCACIONAL / DESAFÍOS / BARRERAS**

¿A qué escuela asiste el/ la joven? \_\_\_\_\_

Nivel de grado actual (marque con un círculo): Preescolar Jardín de infancia

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Por favor marque todos los que apliquen.

Autísticamente deteriorado

Clases de recursos

Problemas de aprendizaje

Tiene IEP

Problemas emocionales

Problemas de comportamiento en la escuela

Promedio de calificaciones (si corresponde): \_\_\_\_\_

En la matemática es:  fuerte  promedio  débil

En la lectura es:  fuerte  promedio  débil

Materia más fuerte: \_\_\_\_\_

Materia más débil: \_\_\_\_\_

¿Tiene el/la joven un trabajo?  Si  No Describa: \_\_\_\_\_

## **HISTORIA SOCIAL**

Marque el número de amigos el/la joven tiene:     Mas de 10     10 - 3     2 - 1     Ninguno

Los compañeros son una influencia positiva:     Si     No

Dificultades con los amigos / compañeros: \_\_\_\_\_

## **HISTORIA CRIMINAL / LEGAL**

¿El/la joven ha estado alguna vez en problemas con la ley o condenado (a) por un delito?     Si     No

¿Está el/ la joven en período de probación?     Si     No

## **PARTICIPACION CON OTRAS AGENCIAS**

Marque las agencias en las que el/la joven o familiares están actualmente involucrados o han estado en el pasado.

- Departamento de Servicios Para Niños y Familias
- Tribunal de Menores
- Probatoria de los adolescentes
- Departamento de Salud - Abuso de Sustancias
- Correccional de Menores
- Servicios de la Escuela Especial
- Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades
- Centro para Personas con Discapacidades
- Otra Agencia

## **SUICIDIO / EVALUACIÓN DE RIESGOS**

1. ¿Está el/ la joven pensando o planificando en el suicidio o hacerse daño ahora?     Si     No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha intentado el/la joven suicidarse o hacerse daño de alguna manera?     Si     No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿El/la joven ha agredido física o sexualmente a otra persona?     Si     No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **FORTALEZAS Y APOYOS NATURALES**

Por favor liste fortalezas positivas del joven y / o mejores maneras de enfrentar problemas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Información Adicional:

---

---

---

---

---

jw/forms/clinical/children/Personal History YOUTH October 2023