

Patient # _____

Psychological Health-Roanoke
Ingreso de Niño

Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Sexo _____ Raza _____

Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

País _____

Padre(s) o Guardián(es) _____

Teléfono de Casa _____ Número de Mensaje _____

Teléfono de Trabajo - Madre _____ Padre _____

¿Quién lo refirió aquí? Nombre, Dirección y Relación al Niño _____

¿El niño ha sido visto en Lewis-Gale Psychological Health o Psychological Health-Roanoke?

_____ Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____

Firma de la persona que llena este formulario- _____

Relación al niño _____ Fecha _____

I. HISTORIAL FAMILIAR

Nombre del Padre _____ Fecha de nacimiento _____

Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Ocupación _____ Empresa/Patrón _____

Grado máximo de educación _____ Otro entrenamiento vocacional _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de nacimiento _____

Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Ocupación _____ Empresa/Patrón _____

Grado máximo de educación _____ Otro entrenamiento vocacional _____

Estado matrimonial de los padres _____ Fecha de matrimonio _____

Fecha de divorcio, si se aplica _____ Muerte de padres, si se aplica _____

¿Por cuánto tiempo ha vivido la familia en la presente dirección? _____

¿En dónde más ha vivido la familia durante la vida del niño?

Enumere todas las personas que viven en el hogar:

Nombre

Edad

Relación al niño

II. PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

¿Qué cree Ud. que sea el problema principal de su niño?

¿Qué le han dicho los doctores, maestros y/u otros acerca del problema de su niño?

¿Qué anticipa o espera que ocurra como resultado de una evaluación con esta clínica?

¿Qué ha hecho para resolver el problema presente?

III. HISTORIAL DE EMBARAZO

La Madre:

Sí

No

Qué mes

Complicaciones/Medicamentos

Beber bebidas alcohólicas

(Indique cuánto)

Fumar

(Indique cuánto)

Tomar medicamentos o drogas

(Fuera e vitaminas/hierro)

Tener otras enfermedades o

problemas médicos

IV. INFORMACIÓN DEL NACIMIENTO

Duración del embarazo _____ Duración del parto _____ ¿El parto fue inducido? _____

El nacimiento fue: Normal _____ Cesárea _____ De nalgas _____ Mellizos o más _____

¿Fueron utilizados fórceps (pinzas)? _____ ¿La madre tuvo complicaciones? _____

De contestar "sí" favor de especificar:

Peso de nacimiento _____ ¿Por cuánto tiempo se quedo el bebé en el hospital después de nacer? _____

¿El bebé necesitó asistencia médica par comenzar a respirar? _____

¿Otras complicaciones? _____ De contestar "sí" favor de especificar:

V. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

1. Habilidades motoras: (Escriba "aún no" donde sea apropiado)

¿A qué edad su hijo:

Sonrió _____ Se dio la vuelta _____ Se sentó sin apoyo _____ Gateó _____

Haló para pararse _____ Caminó solo _____ Pedaleó un triciclo _____

¿Qué preocupaciones, si alguna, tiene sobre el desarrollo de habilidades motoras de su niño?

2. Lenguaje y Oído: (Escriba "aún no" donde sea apropiado)

¿Ud. siente que su niño oye: Bien _____ Mal _____ Para nada _____

Inconsistentemente _____ Está incierto _____

¿Su niño se comunica más que todo por: Gestos _____ Palabras _____ Llorar _____

Frases _____ Oraciones _____

¿Alguna vez su niño ha tenido tubos PE/de ventilación? _____ ¿A qué edades? _____

¿A qué edad su niño: Hizo sonidos sencillos _____ Utilizó palabras _____

Combinó palabras para formar oraciones _____

¿Su niño comenzó a utilizar palabras y luego paró? _____ ¿A qué edad? _____

¿Qué preocupaciones tiene Ud. sobre el habla, lenguaje u oído de su niño?

3. Alimentación: (Escriba "aún no" donde sea apropiado)

¿Su niño fue alimentado con tetero? _____ ¿Pecho? _____

Para su edad, su niño: Es average: _____ Está por de bajo del peso _____ Tiene sobrepeso _____

¿Su niño ha tenido algún problema con:

Alimentación _____ Masticar _____ Dientes _____ Tragar _____

¿Qué problemas de alimentación o hábitos inusuales de comida tiene su niño?

4. Personal/Social: (Escriba "aún no" donde sea apropiado)

¿A qué edad su niño: dejó el tetero _____ Se alimentó solo _____

Bebió de un vaso _____ Se vistió solo _____

¿A qué edad estaba: entrenado de la vesícula (hacer pipí en el baño) _____

entrenado del intestino (hacer pupú en el baño) _____

VI. HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez su niño ha estado enfermo gravemente? ____ De contestar "sí" indique con qué _____

¿Alguna vez su niño ha estado hospitalizado? ____ De contestar "sí", ¿por qué? _____

Cuándo: _____ Dónde: _____

(Nombre y dirección del hospital)

Enumere todos los medicamentos que su niño toma ahora, cantidades y razón por tomarlo:

Medicamento	Cantidad	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque cualquiera que se aplique a su niño, e indique la edad y complicaciones.

	Edad	Complicaciones		Edad	Complicaciones
___ Meningitis	___	_____	___ Convulsión	___	_____
___ Desmayos	___	_____	___ Dolores de cabeza	___	_____
___ Problemas visuales	___	_____	___ Infecciones de oído	___	_____
___ Retrasos de desarrollo	___	_____	___ Otro	___	_____
			(Especifique)		

VII. HISTORIAL FAMILIAR

Complete la siguiente tabla para todos los embarazos de la madre en orden cronológico, incluyendo cualquier pérdida (aborto espontáneo) o parto de niño muerto. (Favor de escribir por detrás de la página si se necesita más espacio).

Nombre	Fecha de nacimiento	Peso al nacer	Duración del embarazo	Duración del parto	Problemas al nacer	¿Algún problema físico, emocional, de comportamiento o de educación?

Por favor marque debajo si algún pariente del niño ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones (Por ejemplo, hermano, tía, primo, abuelo).

	Relación al niño		Relación al niño
Convulsiones	_____	Parálisis Cerebral	_____
Pérdida de oído	_____	Enfermedad Mental	_____
Retrasos Mentales	_____	Problemas del Habla	_____
Dificultades en la Escuela	_____	Debilidad Muscular	_____
Discapacidad Visual	_____	Deformidades	_____
Alcoholismo	_____	Problemas Emocionales	_____
Sobreactividad, problemas de atención	_____	Otro	_____

Describa cualquiera de los indicados arriba _____

¿Qué factores estresantes han impactado a su familia recientemente? (por ejemplo: muertes, conflictos matrimoniales, etc.) _____

VIII. COMPORTAMIENTO

¿Qué problemas está teniendo con el comportamiento de su niño? _____

¿Quién más (por ejemplo: en la escuela, la niñera) está teniendo problemas con el comportamiento de su niño? _____

IX. HISTORIAL ESCOLAR

Si su niño ha estado en la escuela, por favor complete la siguiente parte, empezando con la guardería/day care y terminando con el nivel actual. (Si se necesita más espacio, por favor utilizar el otro lado de esta página).

Escuela	Dirección	Grado o Nivel de Clase	Fechas de Asistencia

¿Ud. ha solicitado alguna prueba de la escuela? ___ Sí ___ No

¿Hay alguna prueba programada? ___ Sí ___ No De contestar "sí", ¿para cuándo? _____

X. POR FAVOR ENUMERE LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE OTROS PROFESIONALES QUE HAN TRABAJADO CON USTED Y SU FAMILIA.

	Nombre	Dirección Completa
Pediatra	_____	_____
Profesional de Salud Mental	_____	_____
Especialista (especifique)	_____	_____

SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL CLÍNICO:

DX: _____

GOALS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____