

Austin Child Guidance Center  
**Perfil Familiar y de Desarrollo del (de la) Niño(a)**

**Nombre del (de la) Niño(a):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Calle                                      Ciudad                                      Código postal                      Condado

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del (de la) Niño(a): \_\_\_\_\_

Formulario Llenado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el(la) Niño(a) \_\_\_\_\_

**Raza/Etnia:**

Blanco/No Hispano     Negro/No Hispano     Hispano     Indio Americano  
 Asiático/ Isleño del Pacífico     Otro \_\_\_\_\_     Desconocido

**Religión:**

Cristiana (Protestante o Católica)     Judía     Musulmana     Otra \_\_\_\_\_

**Información Familiar:**

Estado Civil de los Padres (Por favor marque el estado civil actual)

Casados (Fecha: \_\_\_\_\_)                       Divorciados (Fecha: \_\_\_\_\_)

Separados (Fecha: \_\_\_\_\_)                       Viudo(a) (Fecha: \_\_\_\_\_)

Nunca se casaron                                       Viven juntos

¿Quién actualmente tiene la custodia legal del (de la) niño(a)?

\_\_\_\_\_

Si separados/divorciados, ¿con qué frecuencia se queda el (la) niño(a) con el otro (padre/madre)?

\_\_\_\_\_

Por favor escriba abajo los nombres de los padres biológicos, padres adoptivos o otras personas (guardianes, parientes) que estén involucradas en el cuidado diario del niño(a).

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Educación	Ocupación	Parentesco con el (la) niño(a)

Por favor escriba abajo los nombres de los hermanos(as) del niño(a):

Nombre del Hermano(a)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	¿Vive en el hogar? (Sí o No)	Año en la Escuela	Parentesco con el Niño(a) (hermano/a, herastro/a)
--------------------------	------------------------	------	------	------------------------------------	----------------------	---


Por favor escriba abajo los nombres de otros miembros del hogar (por ejemplo, amigos, compañeros de cuarto o otros parientes):

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	¿Cuánto tiempo viviendo en el hogar?	Parentesco con el Niño(a)
--------	------------------------	------	------	---	------------------------------


### Información sobre el Desarrollo del(de la) Niño(a)

#### I. EMBARAZO:

¿Fue el (la) niño(a) adoptado(a)?  Sí  No En caso de que sí, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre alguno de los siguientes problemas?

Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Uso de alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Fumaba?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad grave	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otros problemas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Escriba el nombre de todos los medicamentos usados durante el embarazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

#### II. TRABAJO DE PARTO Y PARTO:

¿Hubo problemas durante el trabajo de parto y/o el parto?  Sí  No

¿Se usaron medicamentos durante el trabajo de parto y/o el parto?  Sí  No

Si respondió sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor describa los detalles: \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso del bebé al nacer: \_\_\_\_\_ ¿Tuvo problemas al nacer?  Sí  No

En caso de que sí, por favor descríbalos: \_\_\_\_\_

### III. DESARROLLO EN LA INFANCIA (0-12 meses):

¿A qué edad (mes) hizo el bebé por primera vez lo siguiente?

Sonreír _____	Decir primeras palabras _____	Sentarse sin ayuda _____
Producir frases _____	Gatear _____	Destetado _____
Caminar sin apoyo _____	Usar el baño _____	

Primer idioma del niño(a): \_\_\_\_\_

Si no fue el inglés, edad en que el (la) niño(a) aprendió inglés: \_\_\_\_\_

Marque todos los problemas que tuvo el (la) niño(a) durante su primer año:

Para comer       Para dormir       Respiración       Cólica  
 Hábitos de evacuar y/u orinar       Inconsolable       Capacidad de reacción emocional

Describa otros problemas importantes, lesiones, hospitalizaciones, o enfermedades graves durante ese período:

### IV. HISTORIAL ESCOLAR:

Escuela/Guardería a que asiste actualmente: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_ Nombre de la Maestra: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado su niño(a) algún año de la escuela?  Sí  No En caso de que sí, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) en un programa de educación especial?  Sí  No En caso de que sí, identifique su condición: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) en un programa para estudiantes superdotados?  Sí  No

¿Está su hijo(a) en cualquier otro programa especial?  Sí  No

En caso de que sí, descríbalos: \_\_\_\_\_

Número de escuelas primarias a que asistió \_\_\_\_\_

Número de escuelas pre-secundarias (middle school/junior high) a que asistió \_\_\_\_\_

Número de escuelas secundarias a que asistió \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Qué más le gusta y que más le molesta en la escuela o guardería/niñera a su hijo(a)?

*Cuestiones escolares (las notas, tomar exámenes, hábitos relacionados con hacer la tarea escolar)  
Comportamientos (lo que Ud. ha oído en las conferencias de padres/maestros o que le han dicho la niñera o otras personas que cuidan a su hijo/a)  
Relaciones con los maestros, autoridades, compañeros*

---

---

---

---

---

### V. HISTORIAL MÉDICO:

¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes condiciones? Marque sí o no para cada condición

- | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias (que no sean a medicamentos)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de la audición                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia o problemas sanguíneos                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardíacos                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o HIV  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos de nacimiento                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipotiroidismo o hipertiroidismo                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hereditaria                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer/tumor                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piedras o enfermedad de los riñones               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varicela                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de los pulmones                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión o intento de suicidio                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarampión/Rubéola                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pneumonia   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de drogas/alcohol                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades sexualmente transmitidas (STD)       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones de oídos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drepanocito o anemia drepanocítica                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de alimentación, bulimia, o anorexia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inflamación de garganta                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema o psoriasis                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis (TB)                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia/ataques                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de vista (que no se corrigen con gafas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos convulsa                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión en la cabeza                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras condiciones                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor*--¿lo siente actualmente?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor—regular o periódico?                        |

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nutrición*--¿Ud. cree que su hijo(a) come diariamente la cantidad cierta y una variedad de alimentos adecuada a su edad y altura?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nutrición*--¿Su médico alguna vez ha expresado preocupación sobre los hábitos alimentares de su hijo(a) o sobre si él/ella come lo suficiente para sus necesidades diarias? |

Si Ud. marcó sí para cualquier condición, por favor incluya los detalles aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí No (Esta pregunta será contestada por el/la terapeuta.)  
  Si se marcaron problemas con dolores y/o alimentación, el/la terapeuta los ha discutido y recomendado al (a la) niño(a) a un médico para más evaluaciones.  
 \_\_\_\_\_ (el/la terapeuta firma y fecha)

Solamente para niñas en la pubertad:

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Bebés nacidos con vida: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_

Para todos los niños:

¿Alguna vez le hicieron una evaluación psicológica/psiquiátrica a su hijo(a)?  Sí  No

En caso de que sí, ¿cuándo y quién se la hizo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo hospitalizado su hijo(a) por razones emocionales o de comportamiento?  Sí  No

En caso de que sí, ¿cuándo, dónde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**VI. MEDICAMENTOS:**

¿Alguna vez le han recetado a su hijo(a) medicamentos para problemas emocionales o de comportamiento?  Sí  No

En caso de que sí, llene la información en el cuadro abajo:

Marque aquí si lo está tomando actualmente	Nombre del Medicamento	Fechas en que se lo recetaron	Dosis	Razón por la que el/la niño(a) lo estaba tomando	Médico que recetó el medicamento	Resultados positivos/ Efectos colaterales

¿Su hijo(a) está actualmente tomando cualquier otro medicamento por cualquier razón?  Sí  No

En caso de que sí, llene la información en el cuadro abajo:

Nombre del Medicamento	Fechas en que se lo recetaron	Dosis	Razón por la que el/la niño(a) lo estaba tomando	Médico que recetó el medicamento

Nombre del/de la Niño(a):

Fecha de nacimiento :

Alergias a medicamentos

Que Ud. lo sepa, ¿es su hijo alérgico a cualquier medicamento?  Sí  No

En caso de que sí, llene la información en el cuadro abajo:

Nombre del Medicamento	Reacción alérgica

**VII. MEDICAMENTOS/INTERVENCIONES MÉDICAS ALTERNATIVAS:**

Marque todas las intervenciones o tratamientos médicos que su hijo(a) haya recibido:

- Medicamentos de hierbas
- Medicamentos homeopáticos
- Suplementos
- Medicina china
- Acupuntura/acupresión
- Prácticas de curandería tradicionales
- Biofeedback
- Quiropráctico
- Otros (describa):

Otras informaciones médicas importantes: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico que tuvo el (la) niño(a): \_\_\_\_\_ ¿Las vacunas están al día?  Sí  No

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_

**VIII. SU HIJO(A):**

A. Intereses, Actividades y Habilidades: (¿Qué le gusta hacer? ¿Qué tipo de cosas ha aprendido solo(a) o fácilmente?)

---



---



---

B. Personalidad: (Describa a su hijo(a).)

---



---



---

C. ¿Qué le gusta a Ud. en su hijo(a)?

---



---



---

D. ¿Qué hacen Ud. y su hijo(a) para divertirse juntos?

---

---

---

**IX. RELACIONES:**

¿Quiénes son las personas importantes para su hijo(a)? (¿Con quién se relaciona más íntimamente? ¿Con quién habla o a quién busca cuando tiene problemas?)

A. FAMILIA: (Padres, hermanos, parientes)

---

---

---

B. AMIGOS:

---

---

---

C. OTROS:

---

---

---

**X. CAUSAS DE ESTRÉS:**

Sigue abajo una lista de causas de estrés que tal vez su hijo(a) haya sufrido. Por favor marque todos los que le corresponden y descríbalos.

Lista de causas de estrés: (Marque y describa todas las que le corresponden.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muerte                            | <input type="checkbox"/> Prisión/Encarcelamiento      |
| <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio               | <input type="checkbox"/> Víctima de crimen            |
| <input type="checkbox"/> Conflictos matrimoniales          | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental    |
| <input type="checkbox"/> La crianza en casa                | <input type="checkbox"/> Sufrió o presencié violencia |
| <input type="checkbox"/> Mudanzas (de casa, de la escuela) | <input type="checkbox"/> Víctima de maltrato/descuido |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros             | <input type="checkbox"/> Infligió maltrato a otros    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades                      | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias tóxicas  |
| <input type="checkbox"/> Otros traumas                     | <input type="checkbox"/> Otras causas de estrés       |
| <input type="checkbox"/> Cambio en su cuidador principal   | <input type="checkbox"/> Colocación en hogar temporal |

---

---

---

Nombre del (de la) Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**XI. SOLUCIONES:**

¿Qué soluciones espera Ud. encontrar al venir aquí?

---

---

---

---

---

---

**XII. ESTRATEGIAS/RELACIONES DE APOYO Y AYUDA:**

¿Qué ha hecho Ud. hasta ahora para sobrellevar esos problemas? ¿Qué ha hecho que le ha ayudado, aunque solo un poco?

---

---

---

---

---

---

**¿Con quién o en qué Ud. busca apoyo?** (Mencione todas estas categorías que le correspondan.)

- Cultural
- Religiosa/Espiritual
- Social/Familiar (\* ¿Con quién de su familia/amigos puede Ud. contar que le ayudará? ¿De qué modos le apoyan a Ud.?)
- Físico (ejercicios, nutrición, meditación)
- Otras categorías

---

---

---

---

---

---