

Austin Child Guidance Center  
[Centro de Orientación a los Niños de Austin]  
**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: \_\_\_\_\_

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

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

Por favor escriba los nombres y números de las personas que podemos contactar en caso de una emergencia. Sea consiente que las personas en la lista pueden recibir información en una situación de emergencia, que de otra manera sería confidencial por la ley.

**Raza/Etnia:**

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

**Religión:**

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

**Razón por la que esta Buscando Servicios:**

Por favor describa la dificultad principal por la que ha traído a su niño(a) para esta evaluación o tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. alguna preocupación que su hijo(a) pueda infligir daño a sí mismo o a los demás? (por ejemplo, pensamientos o comportamientos suicidas u homicidas). En caso de si, favor de explicar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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

**Sentencia de Divorcio**

*Si los padres del (de la) niño(a) están divorciados, se tiene que proveer una copia de la Sentencia de Divorcio al Austin Child Guidance Center antes de que la familia reciba servicios en el centro.*

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

¿Han sido terminados los derechos de cualquiera de los dos padres por la corte? \_\_\_\_\_

¿Ha sido limitado o prohibido el consentimiento para tratamiento o para obtener registros de tratamiento de cualquiera de los dos padres por una orden judicial?        Si        No Si la respuesta es "Sí" por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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 (aunque no vivan en casa) y otros familiares e individuos que viven en la casa (hermanos/hermanas, etc.)**

Nombre	Fecha de Nacimiento y Edad	Sexo	Raza	Educación	Ocupación	Parentesco con el (la) niño(a)	¿Vive en la casa?

**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 alguna de los siguientes problemas?

Presión arterial alta  Sí  No Diabetes  Sí  No Depresión  Sí  No  
 Uso de alcohol/Drogas  Sí  No Anemia  Sí  No ¿Fumaba?  Sí  No  
 Enfermedad grave  Sí  No Otros  Sí  No  
 problemas

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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

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

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

### III. DESARROLLO EN LA INFANCIA:

¿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 enfermados graves durante ese período:

### IV. HISTORIAL ESCOLAR:

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

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 \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo(a) asistencia tecnológica?  Sí  No En caso de que sí, describa: \_\_\_\_\_

¿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  
  Alergias (que no sean a medicamentos)        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"/> | Neumonía  |
| <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

- Nutrición\*--¿Ud. tiene preocupaciones acerca de las costumbres del alimento diario de su hijo(a)?
- 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?

¿Ha bajado o aumentado de peso su hijo(a) en los últimos 3 meses? Sí No  
 Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) un cambio en su apetito o incumplimiento con una dieta especial? Sí No  
 Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema dental? Sí No  
 Explique: \_\_\_\_\_

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

**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? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna discapacidad del desarrollo o de otro tipo? (Favor de especificar)

En caso de que sí, haga una lista de acomodaciones especiales necesarias: \_\_\_\_\_

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

**VI. MEDICAMENTOS:**

Por favor escriba información sobre el medicamento que ha tomado o esta tomando el niño(a) (por ejemplo, recetas también medicamentos que no le receto el doctor). También indique los tratamientos a base de hierbas/homeopática que su hijo haya recibido.

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

Otras informaciones médicas importantes:

\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos

Que Ud. sepa, ¿es su hijo(a) alérgico a algún medicamento?       Sí    No

Que Ud. sepa, ¿es su hijo(a) alérgico a algún alimento?       Sí    No

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

Nombre del Medicamento/Alimento	Reacción alérgica

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

En pocas palabras dígame de su hijo(a). ¿Como es el/ella? ¿Cuales son sus fortalezas? ¿Qué le gusta a Ud. en su hijo(a)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. 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.

- |  |  |
|--|--|
| <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 domestica      |
| <input type="checkbox"/> Mudanzas (de casa, de la escuela) | <input type="checkbox"/> Accidente de trafico                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros             | <input type="checkbox"/> Desastres naturales                         |
| <input type="checkbox"/> Víctima de maltrato/descuido      | <input type="checkbox"/> Refugiados y trauma de zona de guerra       |
| <input type="checkbox"/> Infligió maltrato a otros         | <input type="checkbox"/> Trauma medico / enfermedad                  |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias tóxicas       | <input type="checkbox"/> Terrorismo                                  |
| <input type="checkbox"/> Colocación en hogar temporal      | <input type="checkbox"/> Duelo por la pérdida o muerte               |
| <input type="checkbox"/> Cambio en su cuidador principal   | <input type="checkbox"/> Violencia/intimidación en escuela/comunidad |
| <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual           | <input type="checkbox"/> Otros traumas o causas de estrés            |

---

---

---

---

¿Su hijo(a) ha sufrido abuso? \_\_\_\_\_ En caso de que sí, ¿ha sido reportado? \_\_\_\_\_ Por favor explique:

---

---

---

---

Describe experiencias traumáticas y como ellas han afectado a su hijo: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---