



2308 Perimeter Park Drive Suite 100 Atlanta, GA 30341  
AtlantaPsychological.com

770.457.5577 770.457.5599

Marque uno:

rev 1-7-20

\_\_\_ J. Todd George, PsyD      \_\_\_ Andrew Gothard, PsyD  
\_\_\_ Carolyn Johnson, PhD      \_\_\_ Yoshitaro Oba, PhD  
\_\_\_ Jessenia Rodriguez, PsyD      \_\_\_ Angela Stewart, PhD

### FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD INFANTIL:

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

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona completando el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el niño (Madre?) \_\_\_\_\_ (Padre?) \_\_\_\_\_ (Otro?) \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_

Numero del Pediatra: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Quien está solicitando o recomendando estos servicios para su hijo? (circule todos los que correspondan)

**Padre      Terapista      Medico**  
**Pediatra      Psiquiatra      Escuela**  
**Abogado      DFCS, Corte , Otro? \_\_\_\_\_**

Cuál es la razón de la visita hoy? \_\_\_\_\_

Cuáles son sus primarias preocupaciones sobre su hijo? \_\_\_\_\_

**VERIFIQUE LO SIGUIENTE QUE APLICA:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión                                       | <input type="checkbox"/> Ansiedad                         | <input type="checkbox"/> Comportamiento autodestructivo |
| <input type="checkbox"/> Cambios de Humor                                | <input type="checkbox"/> Baja motivación                  | <input type="checkbox"/> Baja autoestima                |
| <input type="checkbox"/> Ideación suicida                                | <input type="checkbox"/> Alucinaciones                    | <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño         |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad                                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocarse        | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse   |
| <input type="checkbox"/> Agresión  | <input type="checkbox"/> Enfado                           | <input type="checkbox"/> Robando                        |
| <input type="checkbox"/> Desafío   | <input type="checkbox"/> Mentiras                         | <input type="checkbox"/> Acaparamiento de comida        |
| <input type="checkbox"/> Berrinches                                      | <input type="checkbox"/> Actuando Sexual                  | <input type="checkbox"/> Búsqueda de Atención           |
| <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo                         | <input type="checkbox"/> Retraso de lenguaje              | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje       |
| <input type="checkbox"/> Pobre habilidades sociales                      | <input type="checkbox"/> Pobre contacto visual            | <input type="checkbox"/> Mojar la cama                  |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sensoriales                      | <input type="checkbox"/> Mala memoria                     | <input type="checkbox"/> Problemas de Organización      |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de trastorno alimentario               | <input type="checkbox"/> Baja tolerancia a la frustración |   |
| <input type="checkbox"/> Habilidades motoras o problemas de coordinación |   |   |

**HISTORIA DE DESAROLLO**

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_

Algún problema con el embarazo o parto? (circule uno)      **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---

---

Algún abuso conocido de alcohol o sustancia durante el embarazo?    **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---

Cualquier problema de salud al nacer? **SI**      **NO**

En caso que si, por favor explique:

---

---

El niño fue hospitalizado por un periodo de tiempo después del nacimiento?    **SI**      **NO**

En caso que si, por favor explique:

---

Cualquier retraso con el desarrollo (hablar, caminar, ir al baño, etc.)?      **SI**      **NO**

En caso que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

Alguna vez su hijo recibió algunos de los siguientes servicios?

	Actualmente?	En el pasado?	En caso que si, describa por favor:
<b>Terapia de Habla</b>			
<b>Terapia Física</b>			
<b>Terapia Ocupacional</b>			

### HISTORIAL MEDICO

Cuando fue la última visita de su hijo al pediatra? \_\_\_\_\_

Alguna preocupación en este momento?      **SI**      **NO**

En caso que si, por favor explique:

---

---

Su hijo tiene problemas con la vista o audición?      **SI**      **NO**

En caso que si, son corregidas con (con gafas, lentes de contacto, o audífonos , etc.)?

---

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por razones generales medicas?    **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, cual es la razón y fecha aproximada:

---

---

Su hijo ha tenido cirugía? **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---

---

Tiene su hijo alguna enfermedad crónica (tal como diabetes o asma etc.)?      **SI**      **NO**

En caso que si, por favor explique:

---

---

Su hijo tiene alguna alergia a medicina, comida u otras alergias?      **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---

Su hijo actualmente toma algún medicamento recetado (no psiquiátrico):      **SI**      **NO**

En caso que si, nombres de la medicina:

\_\_\_\_\_

Ha tenido una vez su hijo alguna lesión en la cabeza? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido alguna lesión mayor? **SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Tiene su hijo algún problema con el apetito aumento de peso o pérdida de peso?

**SI** **NO** **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Su hijo tiene problemas para dormir o pesadillas? **SI** **NO**

En caso que si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

### **HISTORIAL FAMILIAR**

Nombres y edades de los hermanos del niño: \_\_\_\_\_

Actualmente quien vive en el hogar? \_\_\_\_\_

**Verifique cualquier crisis familiar o problema que haya ocurrido en el hogar del niño:**

(describa en la sección de comentarios según sea necesario)

\_\_\_ Separación/divorcio de los padres

\_\_\_ Nuevo trabajo de los padres

\_\_\_ Muerte de un miembro de la familia

\_\_\_ Mudarse a un hogar nuevo

\_\_\_ Muerte de una mascota

\_\_\_ Nacimiento de un hermano

\_\_\_ Enfermedad grave de un miembro familiar

\_\_\_ Adición en un miembro familiar

\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Comentarios:

Tiene su hijo oportunidades de jugar con otros niños? \_\_\_\_\_

Como se lleva su hijo con otros niños ? \_\_\_\_\_

Cuáles son las actividades favoritas de su hijo? \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL EDUCACIONAL**

Nombre de la escuela del niño: \_\_\_\_\_

En qué grado esta? \_\_\_\_\_ Calificaciones actuales o más recientes: \_\_\_\_\_

Ha repetido su hijo algún grado? (Si es así, cuáles?) \_\_\_\_\_

Recibe su hijo servicios de educación especiales? **SI NO**

Si es así, porque razón? (marque lo que corresponde) **comportamiento emocional educacional**

Alguna disciplina escolar (suspensiones, expulsiones) o problemas de comportamiento en la escuela?  
**SI NO**

En caso que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Su hijo alguna vez recibió un diagnostico de salud mental en el pasado? **SI NO**  
En caso que sí, que diagnostico?

\_\_\_\_\_

Ha visto alguna vez su hijo a un psiquiatra para medicación psiquiátrica? **SI NO**  
En caso que si: Nombre del psiquiatra? \_\_\_\_\_  
Cuando? \_\_\_\_\_

Esta su hijo **ACUTUALMENTE** tomando medicamentos psiquiátricos? **SI NO**  
En caso que si, nombre(s) de medicina(s):

\_\_\_\_\_

Su hijo ha tomado alguna otra medicina psiquiátrica en el pasado? **SI NO NO SE**  
En caso que si, nombre(s) de medicina(s) cantidad (si se sabe):

\_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido una evaluación psiquiátrica en el pasado? **SI NO NO SE**  
En caso que si, cuando y cuál fue el diagnostico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está recibiendo ACTUALMENTE su hijo terapia o asesoramiento por problemas emocionales o de conducta?

<i>(circule lo aplicable)</i>	Proveedor o Agencia	Fecha de comienzo	Frecuencia	Para que problemas?
<b>Individual</b>				
<b>Grupo</b>				
<b>Familia</b>				
<b>Otro</b>				

Su hijo ha recibido terapia o consejería en el PASADO por problemas emocionales o de conducta?

<i>(circule lo aplicable)</i>	Proveedor o Agencia	Fecha de comienzo	Fecha de fin	Porque se detuvo la terapia?
<b>Individual</b>				
<b>Grupo</b>				
<b>Familia</b>				
<b>Otro</b>				

Alguna vez su hijo ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico?      **SI**      **NO**

En caso que si, por favor de fecha(s) y nombre(s) de hospitales:

---



---

Su hijo alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio o amenazas de suicidio?      **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---



---

Su hijo ha hecho algún intento de suicidio?      **SI**      **NO**      **NO SE**

En caso que si, por favor explique:

---



---

Su hijo alguna vez ha sido abusado o descuidado?    **SI**    **NO**    **NO SE**

En caso que si, circule lo aplicable y brevemente describa:

<i>(circule lo aplicable)</i>	Describa brevemente
<b>Físico</b>	
<b>Verbal / Emocional</b>	
<b>Sexual</b>	
<b>Negligencia</b>	

Hay algún historial de problemas de salud mental en la familia del niño?

**SI NO**                      **NO SE**

En caso que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como disciplina a su hijo? \_\_\_\_\_

Hay alguna preocupación adicional sobre su hijo? \_\_\_\_\_