

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_

## Children's Behavioral Health Forma de Información del Paciente

*Esta forma debe ser llenada por los padres/guardianes legales del niño quien será visto en Children's Behavioral Health. Si tiene preguntas sobre alguna parte de este formulario, por favor llame al 205-939-9193.*

Este formulario fue llenado por \_\_\_\_\_ en esta fecha \_\_\_\_\_

Nombre(s) del guardián(es) legal(es) (escriba en la línea de arriba) Relación al paciente

Dirección de Domicilio Ciudad Estado Código Postal Condado

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa Celular Teléfono de trabajo Otro teléfono

Nombre de Contacto en caso de Emergencia (no relativo inmediato) (\_\_\_\_) Teléfono Relación al Paciente

Niño(a) /Nombre del Paciente Lo llaman Fecha de Nacimiento Edad del Paciente

Sexo:  Masculino  Femenino Raza:  Afro-Americano  Caucásico  Hispano  Bi-racial  Otro \_\_\_\_\_

Dirección (si distinta a la del guardián legal) Ciudad Estado Código Postal Condado

Seguro Médico

Nombre de persona/Doctor/Terapista quien refirió al paciente a CBH para tratamiento (\_\_\_\_) Teléfono

*Por favor provea información sobre la razón por la cual busca tratamiento: Puede usar la parte de atrás de esta hoja si necesita espacio adicional.*

<b>Problemas del Paciente como Ud. los ve (por favor no dejar en blanco)</b>	<b>Cuando empezó el Problema.</b>
Ejemplo: Mi niño es agresivo y tiene peleas cada semana en la escuela. El ha sido suspendido de la escuela 4 veces esta año por pelear.	<i>Hace dos años.</i>
1.	
2.	
3.	
4.	

## Lista de Problemas

Marque los cuadros que sean aplicables a su niño. *Actuales* significan problemas de comportamiento que están ocurriendo en el presente, sin importar si su niño toma o no medicamentos. **Por favor no escriba en el área oscura:**

Actualmente / Pasado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No puede concentrarse / prestar atención	Clinician use only. <b>Do not write in this space.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquieto o hiperactivo	Duration:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habla mucho/ habla fuera de turno	Settings: Home / School
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impulsivo o actúa sin pensarlo	Teacher complaints since:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le es difícil permanecer sentado	Attention span estimate:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comete errores por descuido	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falla en terminar cosas que comienza	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueña despierto / se pierde en sus pensamientos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de atención / fácil de distraer	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le es difícil seguir instrucciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olvidado / Pierde cosas con frecuencia	

Actualmente / Pasado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enojado / Resentido	Clinician use only. <b>Do not write in this space.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No hace caso / Argumentativo	Duration:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fastidia a otros a propósito	Settings: Home / School
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acosa / Amenaza/ Intimida a otros	<input type="checkbox"/> Homicidal ideations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelea / Agresivo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destruye propiedad (objetos)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berrinches de temperamento / Pierde fácilmente el temperamento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miente / Culpa a otros por propio mal-comportamiento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cruel con los animales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha hecho fuegos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viola las reglas de casa / Se ha fugado de casa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sospechas de que fuma / toma alcohol / usa drogas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento sexual inapropiado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sospechas de actividad sexual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suspensiones escolares / escuela alterna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la ley	

Actualmente / Pasado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad y tristeza frecuente	Clinician use only. <b>Do not write in this space.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lagrimoso / Lloro con facilidad	Duration:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo Nivel de Energía	Mood:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos de Suicidio, amenazas o acciones	<input type="checkbox"/> Suicidal ideations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baja auto-estima o se siente culpable	<input type="checkbox"/> Passive suicidal ideations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortadas, quemaduras o intencionalmente se hace daño a si mismo	<input type="checkbox"/> Self-injurious behaviors
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de interés en actividades favoritas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad haciendo y manteniendo amigos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentimientos lastimados fácilmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de apetito	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en hábitos de dormir	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentes dolores de cuerpo, dolores de	

	cabeza o dolores de estómago	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambios severos de humor cuando comparado a compañeros.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Duerme muy poco o no duerme por varios días seguidos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Habla mucho, muy rápido, cambia de temas rápidamente, no puede ser interrumpido	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pensamientos veloces	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumento de actividad para lograr metas-fijadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estado de auto-estima irrealmente elevados	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preocupación por la seguridad de sí mismo y de otros	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preocupaciones o temores inusuales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	Avoidance of triggers / palpitations / trembling or shaking / sweating / sensation of smothering / chest pain / shortness of breath / nausea / feeling lightheaded or dizzy / fainting / paresthesias / hot or cold flashes / feelings of impending doom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pánico o berrinches cuando se separa de los padres	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comportamientos inusuales que hace de cierta manera, tales como, vestirse, bañarse, comer o rituales de contar.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tics de nervios u otros movimientos bruscos o sonidos vocales	

Actualmente / Pasado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ve o escucha cosas que no son reales	Clinician use only. <b>Do not write in this space.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pensamientos o creencias confundidas	<input type="checkbox"/> Auditory /visual / tactile / olfactory hallucinations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Siente que los demás están “persiguiéndole”	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incapaz de mantener propia higiene, nutrición o necesidades básicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pensamientos y comportamientos raros o extraños	

Actualmente / Pasado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se comporta como un niño de edad menor	Clinician use only. <b>Do not write in this space.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene problemas comunicandose	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Evita o parece obsesionado con ciertas cosas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hace sonidos repetitivos o movimientos de cuerpo repetitivos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fascinado con objetos raros o partes de juguetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Usa a personas como objetos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de imaginación o juegos de pretensión	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No busca compartir intereses con otros	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No hace amistades / está en su “propio mundo”	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No mantiene contacto de vista	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene rituales o rutinas que debe de seguir	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de incontinencia u se orina en si mismo	

Por favor describa cualquier evento o circunstancia estresante que pudieron haber causado estos problemas:

---

---

---

---

¿Ha sido su niño testigo o ha sido expuesto a violencia domestica?  No  Sí Si contesta sí, por favor explique:\_\_\_\_\_

---

Clinician use only. Do not write in this space.

---

---

---

---

¿Existe algún asunto de custodia actualmente?  No  Si Sí contesta sí, por favor explique:\_\_\_

---

---

Ha sido este niño(a) victima de: Descuido  No  Sí  
Abuso Físico  No  Sí  
Abuso Sexual  No  Sí  
Si contesta sí, ¿fue esto reportado al Depto. de Recursos Humanos (DHR)?  No  Sí

Han sido otros miembros de la familia inmediata victimas o perpetradores de:

Descuido  No  Sí \_\_\_\_\_  
Abuso Físico  No  Sí \_\_\_\_\_  
Abuso Sexual  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez DHR involucrado con este niño(a)?  No  Sí

Si contesta sí, por favor liste cualquier situación que requirió el involucramiento de DHR, Corte Familiar o Probación Juvenil: Trabajador social / trabajador del caso:

\_\_\_\_\_ Teléfono:(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Fechas de Involucramiento:\_\_\_\_\_ Razón del Involucramiento:\_\_\_\_\_

---

¿Han estado las autoridades legales involucradas con el niño(a) ahora o en el pasado?  No  Sí

Fechas de Involucramiento:\_\_\_\_\_ Razón del involucramiento:\_\_\_\_\_

---

Clinician use only. Do not write in this space.

---

---

---

---

## Información Familiar

Por favor **LISTE** a todos los individuos que residen en casa con el niño(a):

Nombre	Edad	Relación	Conocida como	Profesión
<b>Ejemplos:</b> <i>Jane Dow</i>	<i>52</i>	<i>Abuelito</i>	<i>“Mami”</i>	<i>Ama de casa</i>

Por favor liste OTROS familiares/cuidadores que NO residen actualmente con el paciente (esto incluye a padres biológicos, padrastros, hermanos(as), etc.)

Nombre	Edad	Relación	Conocido como	Profesión
<b>Ejemplo:</b> <i>Ashley Smith</i>	<i>30</i>	<i>Madre Biológica</i>	<i>“Mami Ashley”</i>	<i>ventas</i>

Ultimo Grado Escolar Terminado por: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_\_  
 Guardián (si es alguien diferente a las personas listadas arriba) \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres biológicos:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casados/ Re-casados   | <input type="checkbox"/> Divorciados          | <input type="checkbox"/> Viviendo Juntos |
| <input type="checkbox"/> Soltero(a)/No casados | <input type="checkbox"/> Legalmente Separados | <input type="checkbox"/> Viudo(a)        |

Apellido de soltera de la madre Biológica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si los padres están separados o divorciados, ¿qué edad tenía el paciente cuando surgió la separación? \_\_\_\_\_

Hogar/Situación de Vivienda:

- Adecuado para necesidades  Inadecuado (p.ej. viviendo en refugio o con relativos/amigos)
- Se mudo más de 2 veces en los últimos 12 meses
- Se mudo más de 3 veces en los últimos 12 meses

¿Hay problemas de transporte que pueden dificultar el atender a las citas?  Sí  No

Si existen dificultades, por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier información sobre la familia que pueda contribuir al estrés del niño(a), incluyendo visitas, padrastros, hogares temporales, adopción, asuntos de custodia, estrés de económico o desempleo: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Clinician use only. Do not write in this space. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

### Historia de Desarrollo

Edad de la madre biológica cuando nació el niño \_\_\_\_\_ Si el niño es adoptado, ¿qué edad tenía el niño cuando fue adoptado? \_\_\_\_\_

Si ustedes no son los padres biológicos del niño(a), ¿él/ella sabe niño sobre esto?  Sí  No

Embarazo planeado:  Sí  No \_\_\_\_\_

Marque los cuadros correspondientes, si la madre biológica uso alguno de los siguientes productos durante el embarazo:

- Alcohol
- Cigarillos
- Drogas de Recreación/calle (ej.: cocaína, marihuana, heroína etc.) \_\_\_\_\_
- Medicamentos Recetados \_\_\_\_\_
- Antibióticos \_\_\_\_\_
- Medicamentos que no requieren de receta médica. \_\_\_\_\_
- Otros/ herbales \_\_\_\_\_
- Ninguno \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier problema que la madre tuvo durante el embarazo: (Ejemplos: presión sanguínea elevada, diabetes, se le ordenó descanso en cama, etc.) \_\_\_\_\_

---

---

¿Hubo alguna complicación a la hora del parto?  No  Si Sí contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

¿Nació el niño(a) prematuro?  No  Sí Si contesta sí, ¿a las cuántas semanas/meses de embarazo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo pesó su niño(a) a la hora de nacer? \_\_\_\_\_

¿Cuál era la personalidad de su niño(a) durante la edad de 0 a 1 año?  
1) Tranquilo(a)    2) Lento en acercarse a los demás    3) Demandaba/difícil de complacer  
Otra \_\_\_\_\_

¿A qué edad su niño(a) hizo lo siguiente?

Sentarse \_\_\_\_\_

Dijo primeras palabras (singular) \_\_\_\_\_

Gatear \_\_\_\_\_

Dijo 2 o más palabras juntas \_\_\_\_\_

Caminar \_\_\_\_\_

Fue entrenado para usar el baño. \_\_\_\_\_

Clinician use only. Do not write in this space.

---



---



---



---



---



---

### Historia Médica

¿Quién es pediatra de su niño(a)? \_\_\_\_\_ Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última prueba de audición de su niño(a)? \_\_\_\_\_ Normal?  No  Si

¿Cuándo fue la última prueba de la vista de su niño(a)? \_\_\_\_\_ Normal?  No  Si

¿Están las vacunas de su niño(a) al día?  No  Si

¿Ha padecido su niño(a) de alguna de las siguientes condiciones? Si contesta si, por favor liste las fechas de acontecimiento del problema/procedimientos.

- Huesos quebrados \_\_\_\_\_
- Problemas de lenguaje \_\_\_\_\_
- Expuesto a plomo \_\_\_\_\_
- Ataques/Convulsiones \_\_\_\_\_
- Lesiones de la cabeza \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones \_\_\_\_\_
- Cirugía \_\_\_\_\_
- EKG o EEG (Eco-cardiograma o Encefalograma) \_\_\_\_\_
- MRI o CT (Imágenes de Resonancia Magnética o Tomografía Computarizada) \_\_\_\_\_
- Problemas del Corazón \_\_\_\_\_

Enumere cualquier problema **actual** de salud que tenga su niño(a) y ¿a qué edad él/ella fue diagnosticado? (p.ej.: Asma, Diabetes, etc.):

---



---



---

Enumere cualquier problema de salud del **pasado** de su niño(a) y ¿a qué edad estos ocurrieron?

---



---

Enumero todos los medicamentos que **actualmente** toma su niño(a) y el médico quien los receto.

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

¿Tiene su niño(a) alguna alergia algún alimento, medicamento o látex?  No  Sí

Si contesta sí, por favor enumere y cual fue la reacción: \_\_\_\_\_

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

Clinician use only. Do not write in this space. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor marque si su niño(a) ha tomado alguno de los siguientes medicamentos:**

Medicamento / Dosis	Efectos de Beneficio	Efectos Secundarios	Duración	Razón de Descontinuación
<b>Ejemplo:</b> Abilify -20 mg a la hora de dormir	<i>Ayudar a que no escuche voces</i>	<i>Dolores de cabeza</i>	<i>7/03 – Presente</i>	<i>No funciona</i>
Abilify / Abilify discmelt / Abilify inyeccion (aripiprazole)				
Adderall / Adderall XR (sales de anfetaminas)				
Anafranil (clomipramine)				
Atarax (hydroxyzine)				
Ativan (lorazepam)				
BuSpar (buspirone)				
Benadryl (diphenhydramine)				
Catapres (clonidine) tabletas / parche				
Celexa (citalopram)				
Cogentin (benztropine)				
Concerta (methylphenidate)				
Cymbalta (Duloxetine)				
DDAVP (desmopresin)				
Daytrana Patch ( Methylphenidate)				



Depakene (valproic acid)				
Depakote / Depakote ER (divalproex sodium)				
Desyrel (trazodone)				
Dexedrine, Dextrostat (dextroamphetamine)				
Effexor / Effexor XR (venlafaxine)				
Elavil (amitriptyline)				
Equetro (dibenzazepine)				
Eskalith (lithium carbonate)				
Focalin (dexmethylphenidate)				
Geodon (ziprasidone)				
Haldol (haloperidol)				
Inderal (propranolol)				
Intuniv (guanfacine)				
<b>Medicamento / Dosis</b>	<b>Efectos de Beneficio</b>	<b>Efectos Secundarios</b>	<b>Duración</b>	<b>Razón de Descontinuación</b>
Invega (paliperidone)				
Klonopin (clonazepam)				
Lamictal (lamotrigine)				
Lexapro (escitalopram)				
Librium (benzodiazepine)				
Lithobid, Lithonate, Lithotabs (lithium)				
Luvox / Luvox CR (fluvoxamine)				
Mellaril (piperidine phenothiazine)				
Metadate ER / Metadate CD (methylphenidate)				
Methylin / Methylin ER (methylphenidate)				
Norpramin (desipramine)				
Pamelor (nortriptyline)				
Paxil / Paxil CR (paroxetine)				
Pristiq (desvenlafaxine)				
Provigil (modafinil)				

Prozac (fluoxetine) / Prozac weekly				
Remeron / Remeron Soltab (mirtazapine)				
Risperdal / Risperdal M-tab / Risperdal Consta (risperidone)				
Ritalin / Ritalin LA (methylphenidate)				
Sapharis (asenapine)				
Sarafem (fluoxetine)				
Seroquel / Seroquel XR (quetiapine)				
Serzone (nefazodone)				
Sinequan (doxepin)				
Stelazine(trifluoperazine)				
Strattera (atomoxetine)				
Symbyax (thienobenzodiazepine)				
Tegretol (carbamazepine)				
Tenex (guanfacine)				
<b>Medicamento / Dosis</b>	<b>Efectos de Beneficio</b>	<b>Efectos Secundarios</b>	<b>Duración</b>	<b>Razón de Descontinuación</b>
Thorazine (chlorpromazine)				
Tofranil (imipramine)				
Topamax (topiramate)				
Trileptal (dibenzazepine)				
Valium (diazepam)				
Vivactil (protriptyline)				
Vistaril, Atarax (hydroxyzine)				
Vyvanse (lisdexamfetamine)				
Wellbutrin SR / Wellbutrin XL (bupropion)				
Xanax / Xanax XR (alprazolam)				
Zoloft (sertraline)				
Zyprexa / Zyprexa Zydis / Zyprexa IM (olanzapine)				
Otras:				

--	--	--	--	--

**Clinician use only. Do not write in this space.**

**Historia Psiquiátrica Pasada**

Por favor enumere si su niño(a) ha recibido previamente consejería, cuidados psiquiátricos, hospitalizaciones psiquiátricas o pruebas requeridas:

Hospital o nombre del doctor	Núm. de Tel.	Fechas que fue atendido	Razón del tratamiento

--	--	--	--

Clinician use only. Do not write in this space. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

**Historia Médica y Psiquiátrica de la Familia Biológica**

Por favor escriba, como sea apropiado, cuál miembro de la familia del paciente tuvo alguno de estos problemas.

Diagnóstico o síntomas en el presente o pasado	Hermano/a Biológicos	Madre Biológica	Padre Biológico	Familia Materna Biológica	Familia Paterna Biológica	Otros quienes viven en casa
1. ADHD						
2. Oposicional/Desafiante						
3. Trastorno de Obsesión/Compulsiva						
4. Deficiencia de Aprendizaje/ Educación Especial						
5. Retraso Mental / Deficiencia Intelectual						
6. Autismo /Trastorno de Asperger / PDD						
7. Psicosis / Esquizofrenia						
8. Trastorno Bipolar / Depresión Maniaca						
9. Depresión						
10. Suicidio o intentos de suicidio						
12. Ansiedad / Fobias						
11. Trastornos de Comer						
12. Tics/Síndrome de Tourette						

13. Agresión o problemas de comportamiento						
14. Asesino o ha intentado matar a otros						
15. Ha sido arrestado o ha estado en la cárcel						
16. Abuso de Alcohol						
17. Abuso de Drogas						
17. Otros problemas Psiquiátricos						
18. Problemas del Corazón o ataque cardíaco a corta edad						
19. Convulsiones /Epilepsia						
20. Otros problemas médicos						
21. Terapia Ambulatoria						
22. Hospitalizaciones						

Clinician use only. Do not write in this space.

---



---



---



---

### Historia Educativa

Nombre de la escuela que atiende actualmente: \_\_\_\_\_ Calificación: \_\_\_\_\_

Profesores(as): \_\_\_\_\_

Actual Colocación Escolar:  Regular  Escuela Alternativa  Educación especial:  
 por comportamiento solamente  por dificultades de aprendizaje  Ambos  Otro: \_\_\_\_\_  
 Plan 504  IEP

¿A cuántas escuelas ha atendido su niño(a) este año escolar?  Una (actual)  2-3  3 o más

¿Ha tenido su niño(a) alguna ausencia prolongada de la escuela?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_

¿Ha repetido algún grado escolar su niño(a)?  No  Sí Que grado(s) \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier problema de comportamiento que su niño(a) este teniendo en la escuela \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) suspendido de la escuela durante **este año escolar**?  No  Sí ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Por favor escriba la razón de la suspensión \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño(a) pruebas para determinar si él/ella necesitar ser colocado(a) en educación especial por la escuela?  No  Si ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ **Por favor traiga copias de las pruebas / IEP / plan 504 plan, si están disponibles.**

Dificultades Especificas de Educación:  Deletrear  Matemáticas  Leer  Todos las Materias  
 Hablar/Lenguaje  Terapia Ocupacional  Autismo  Retraso de Desarrollo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Actual** Desempeño Académico:  A's  B's  C's  D's  F's

**Pasado** Desempeño Académico:  A's  B's  C's  D's  F's

Relación con los compañeros(as):  Agresivo/Pelea bastante  Muy Amigable  
 No tiene amigos(as)  Burlas/Intimidado por otros

Historia de Trabajo si es aplicable (asistencia, relación con jefe):

Clinician use only. Do not write in this area

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---