



## CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE SALUD CONDUCTUAL

Al completar este formulario, usted proporciona información importante que nos permitirá centrarnos en sus principales preocupaciones durante la visita de hoy y también archivar el historial médico para las visitas siguientes. Si no sabe la respuesta a alguna de las preguntas a continuación, marque “?”. Gracias por tomarse el tiempo para proporcionar esta información.

### Información general

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

### Preocupaciones principales

Enumere las preocupaciones que tiene sobre el niño, mencione la preocupación más importante en primer lugar.

Preocupación 1: \_\_\_\_\_  
Preocupación 2: \_\_\_\_\_  
Preocupación 3: \_\_\_\_\_

### Historial del nacimiento

¿Dónde nació?

¿Cuánto pesó al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas      ¿Duración del embarazo? \_\_\_\_\_ semanas

¿La madre consumió alguna sustancia o medicamento durante el embarazo? (Marque todas las opciones que correspondan)

Cerveza/Vino       Tabaco       Vapeo       Alcohol       Marihuana       Metanfetamina (cristal/hielo)  
 Cocaína       Otro \_\_\_\_\_       Cualquier medicamento con receta \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el embarazo?       Sí     No     ?     Especifique: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el parto?       Sí     No     ?     Especifique: \_\_\_\_\_

¿El niño nació por cesárea?       Sí, planificada     Sí, de emergencia     No     ?

¿Después del nacimiento, el niño permaneció en la UCIN por algún problema?       Sí     No     ?     Especifique: \_\_\_\_\_

El niño:

- ¿Se sentaba a los 8 meses?       Sí     No     ?      • ¿Hablaba de modo que los extraños pudieran entenderlo a los 3 años?     Sí     No     ?
- ¿Caminaba a los 15 meses?       Sí     No     ?      • ¿Se mantenía seco durante el día a los 4 años?       Sí     No     ?
- ¿Utilizaba frases de 2 palabras a los 2 años?     Sí     No     ?      • ¿Leía palabras sencillas a los 6 años?       Sí     No     ?

¿El niño fue adoptado?       Sí     No     ?      ¿El niño está en un hogar de acogida?       Sí     No     ?

### Antecedentes de salud

<p>¿Tiene algún problema grave de salud?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p> <p>¿Estuvo hospitalizado?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p> <p>¿Fue sometido a alguna intervención quirúrgica? (incluidos la sedación en tratamientos dentales, el drenaje de conductos auditivos)      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p> <p>¿Sufrió alguna lesión en la cabeza o pérdida de conocimiento?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p>	<p>¿Sufrió pérdida de la visión o la audición?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p> <p>¿Tuvo convulsiones?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p> <p>¿Tiene problemas cardíacos?      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> ?</p>
--	--

¿Padece alguna enfermedad o lesión grave o crónica? (incluidas la intoxicación, la ingesta)     Sí     No     ? Especifique: \_\_\_\_\_



**Puntos fuertes**

¿Cuáles son los puntos fuertes que ve en el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos para el niño? \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Enumere todos los medicamentos que el niño toma actualmente (incluidas las vitaminas o suplementos):

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

**Información escolar (si tiene más de 3 años)**

Colegio actual: \_\_\_\_\_ Tiempo que lleva en este colegio: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

El niño:

- ¿Repitió un grado?  Sí  No  ?
- ¿Recibió servicios de educación especial?  IEP  504 Plan  Sí  No  ?
- ¿Recibió medidas disciplinarias? (detención/suspensión/expulsión)  Sí  No  ?

**Antecedentes de salud mental de la familia**

Alguno de los familiares biológicos del niño experimentó lo siguiente:	(Marque una opción)	En caso afirmativo, ¿cuál es el parentesco con el niño?
TDAH/TDA (problemas de atención)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Problemas de aprendizaje o con la lectura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Trastorno bipolar/Depresión maníaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Otros retrasos del desarrollo o condiciones genéticas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Esquizofrenia/Psicosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Problemas de consumo de alcohol/sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Encarcelamiento (solo padre o madre biológicos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	
Tics o síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ?	

**Antecedentes de salud mental del niño**

¿El niño recibió alguna vez un diagnóstico de salud mental?  Sí  No  ? Especifique: \_\_\_\_\_

¿Quién diagnosticó esta enfermedad? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿El niño tomó alguna vez medicamentos para problemas mentales, de comportamiento o emocionales?  Sí  No  ? Especifique: \_\_\_\_\_

¿El niño recibió alguna vez asistencia psicológica?  Sí  No  ? Especifique: \_\_\_\_\_



**Antecedentes culturales**

- ¿El niño escucha más de un idioma en su casa?  Sí  No  ? En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_
- ¿El niño experimentó discriminación, racismo u otras situaciones de desventaja?  Sí  No  ?
- ¿El niño sufrió inseguridad alimentaria o de vivienda?  Sí  No  ?

**Antecedentes sociales**

Enumere todas las personas que viven con el niño actualmente:

Nombre	Relación con el niño	Edad	Educación (adultos)	Empleo (adultos)

¿Hay familiares directos que no vivan con el niño (madre o padre biológicos o hermanos)?  Sí  No

Los padres biológicos del niño están actualmente (marque una opción):

- casados  divorciados  nunca han estado casados
- separados  fallecidos  no sabe/otro: \_\_\_\_\_

¿Hubo cambios importantes o estrés en la vida del niño, especialmente en los últimos 6 meses (por ejemplo: problemas matrimoniales, una mudanza, cambio de escuela, nacimiento de un hermano o hermana, muerte de una mascota)?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿El niño experimentó o presenció algún acontecimiento traumático (por ejemplo: violencia doméstica, abusos físicos o sexuales, otro tipo de violencia, acoso escolar, catástrofe natural, separación de su cuidador principal durante más de 1 mes) que le gustaría comentar?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar de estos temas sin que el niño esté presente?  Sí  No

¿Se prevén cambios o factores de estrés importantes en un futuro cercano?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Intervino alguna vez el Servicio de Protección de Menores en su familia?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

**Comentarios: ¿Hay algo más que quiera compartir y que no figure aquí?**

Empty text box for comments.