

## NHCC EVALUACION E HISTORIAL

*Esta información les ayudara a usted y a su terapeuta para empezar a aclarar las metas de su terapia.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Alguna vez ha sido atendido por un siquiatra? Nombre \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, consentiria que el Terapeuta se comunicara con el siquatra? SI NO

Quiere dar permiso a su terapeuta que comunica con su medico? Si / No

Alguna vez su hijo a sido tratado por un consejero? SI/NO Quien? \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_

Consentiria que su Terapeuta se comunicara con el consejero? SI NO

Cuando fue la unltima vez que vio a un doctor? \_\_\_\_\_

Cual fue la razon de la visita al doctor? \_\_\_\_\_

Esta el paciente bajo medicamento? NO SI Si su respuesta es positive nombre los medicamentos

Sí  No ¿Ha sido su hijo (a) diagnosticado con algun problema de desarrollo?

Sí  No ¿Tiene su hijo(a) algun problema con el habla?

SI  NO Hay alguna enfermedad sicologica en el padre o madre?

Si la respuesta es positiva indique cual es el diagnosis. \_\_\_\_\_

---

SI  No Tuvo alguna complicacion durante su embarazo?

SI  NO Tuvo alguna complicacion en el parto?

Brevemente relate las razones por las cual busca consejería: \_\_\_\_\_

Qué tipo de cosas ha tratado hasta ahora para tratar su situación? \_\_\_\_\_

