

## NHC EVALUACIÓN E HISTORIAL-Niño

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SÍ  NO ¿El niño alguna vez ha sido tratado por un psiquiatra?

SÍ  NO ¿El niño alguna vez ha sido tratado por un consejero/terapeuta?

¿En caso afirmativo, a quién vio? \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

La última vez que vio a su médico: \_\_\_\_\_

Razón por la visita médica: \_\_\_\_\_

El niño está tomando medicamentos? SÍ - NO ¿En caso afirmativo, que medicamentos?

\_\_\_\_\_

SÍ  NO ¿Ha sido diagnosticado con problemas de desarrollo?

SÍ  NO ¿Tiene algún problema del habla?

SÍ  NO ¿Ha sido expuesto a algún trauma?

SÍ  NO ¿Hay problemas de salud mental en la familia maternal o paterna?

En caso afirmativo, favor de indicar quien y el diagnostico \_\_\_\_\_

SÍ  NO ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo?

SÍ  NO ¿Hubo alguna complicación durante el parto?

Brevemente describa las razones por las cual está buscando servicios de consejería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hasta ahora, que ha tratado para manejar esta situación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ponga el número que corresponda con cada cuestión a continuación: (califique las que apliquen)

NUNCA		RARAMENTE		A VECES		SEGUIDO		SIEMPRE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

___ Abuso-físico	___ Abuse – sexual	___ Abuse – emocional
___ Abuse – negligencia	___ Agresión, violencia	___ Enojo, hostilidad
___ Ansiedad, nerviosismo	___ Problemas de atención	___ Confusión
___ Compulsiones	___ Crueldad hacia los animales	___ Llanto, tristeza
___ Toma de decisiones, indecisión	___ Delirios, falsas ideas	___ Depresión
___ Divorcio, separación	___ Problemas alimenticios	___ Duelo
___ Culpa	___ Dolores de cabeza	___ Impulsividad
___ Juicio, criterio	___ Perdida de control	___ Problemas de menor
___ Cambios de humor	___ Obsesión	___ Ataques de pánico
___ Problemas escolares	___ Auto-estima	___ Problemas de sueño
___ Estrés	___ Pensamientos suicidas	___ Temperamento/baja
___ Pensamientos desorganizados	___ Moja la cama	tolerancia

Otro: \_\_\_\_\_

¿En los últimos 36 meses, ha fallecido un pariente u otra persona cercana al niño?

SÍ  NO ¿Quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Hace 36 meses o más, falleció un pariente u otra persona cercana al niño?

SÍ  NO ¿Quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Por favor califique las cláusulas que siguen del 1 al 10, 1 = para nada y 10 = bastante:

\_\_\_ El niño tiene una buena y cercana relación con sus hermanos.

\_\_\_ El niño tiene varios amigos cercanos.

\_\_\_ El niño seguido tiene pesadillas.

\_\_\_ El niño prefiere pasar el tiempo solo.

\_\_\_ El niño no hace contacto con los ojos cuando se le habla.

\_\_\_ Al el niño no le gusta estar rodeado de otras personas.

\_\_\_ El niño se gusta a si mismo.