

Tahoe Youth & Family Services

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

PADRE/GUARDIAN

(Bebes & Niños Menores 0-9 años)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nº de Cliente: _____

Nombre del (niño/a) Cliente: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Información de Padre: Madre/Padrastrros/Firma De La Persona que Representa al Cliente

Madre del Cliente: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Trabajo: (____) ____ - ____

Étnicidad/Raza: _____ Estado Civil: _____

Ultimo Grado Completado: _____ Diploma/Título Académico: _____

Niños/as:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Información de Padre: Padre/Padrastrros/Firma De La Persona que Representa al Cliente

Padre del Cliente: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Trabajo: (____) ____ - ____

Étnicidad/Raza: _____ Estado Civil: _____

Ultimo Grado Completado: _____ Diploma/Título Académico: _____

Niños/as:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Las preguntas siguientes nos permitirán averiguar más acerca de los problemas que está teniendo. Al ponerles su atención completa, nos ayudará a asistirle mejor, y le ayudará a clarificar los problemas que usted desea arreglar.

Por favor liste algunos de los problemas que usted encuentra siendo padre.

¿Cuáles son algunas de las conductas de su niño/a (niños) que le preocupan más?

¿De qué maneras intentó resolver estos problemas?

¿Cuáles acontecimientos pasados piensa que contribuyeron a los problemas/preocupaciones de hoy?

Por favor liste tres metas que usted quisiera lograr para sí mismo, sus niño/a, o su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Específicamente, qué piensa usted que nosotros podríamos hacer para ayudarle a usted y a su hijo/s lograr estas metas?

Por favor marque todos los síntomas o comportamientos que ha tenido su hijo/a.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lloro mucho | <input type="checkbox"/> Vomita (sin causa medical) |
| <input type="checkbox"/> No se lo puede calmar o consolar | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela o guarderia |
| <input type="checkbox"/> Problemas co el sueño | <input type="checkbox"/> Dificultades llevandose bien con otros |
| <input type="checkbox"/> Camina en el medio de la noche | <input type="checkbox"/> Disturba a otros niños |
| <input type="checkbox"/> Habla o llora en medio sueño | <input type="checkbox"/> Quejarse mucho |
| <input type="checkbox"/> Timido | <input type="checkbox"/> Control de impulso |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con cambios | <input type="checkbox"/> Desafía la reglas |
| <input type="checkbox"/> retirado | <input type="checkbox"/> Dificultades con lo que es correcto e incorrecto |
| <input type="checkbox"/> Miedoso y ansioso | <input type="checkbox"/> Resiste irse a dormir |
| <input type="checkbox"/> Enfermo frecuentemente | <input type="checkbox"/> Actua muy pequeño para su edad |
| <input type="checkbox"/> Se mueve de un lado al otro | <input type="checkbox"/> No sabe como divertirse, actua como un “pequeño adulto” |
| <input type="checkbox"/> Se pega la cabeza | <input type="checkbox"/> Pega y/o muerde a otros, es agresivo |
| <input type="checkbox"/> Muy pegado y inapropiadamente demandante | <input type="checkbox"/> Novillero de la escuela ántes de tener 13 años |
| <input type="checkbox"/> Evita mirar a otros en el ojo | <input type="checkbox"/> Hyperactivo |
| <input type="checkbox"/> No pueded poner atensión por largo tiempo | <input type="checkbox"/> Rabieta, berrinches |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en su pensamiento, distraido | <input type="checkbox"/> Conducta sexual inapropiada |
| <input type="checkbox"/> No le gusta que nada este fuera de su lugar | <input type="checkbox"/> problemas con eliminación (orinarse o ensusiar la cama) |
| <input type="checkbox"/> No le gusta esperar, quire todo inmediatamente | <input type="checkbox"/> preocupación de fuego, sangre, o lo malo. |
| <input type="checkbox"/> Problemas al comer (escoge mcho su comida) | <input type="checkbox"/> Persistente con preguntas absurdas |
| <input type="checkbox"/> Miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares | <input type="checkbox"/> Problemas con hablar |
| <input type="checkbox"/> otrosaparte de la escuale o guarderia (explique) | <input type="checkbox"/> Robar |
| <hr/> | <input type="checkbox"/> Se percibe come víctima (desamparado) |
| <input type="checkbox"/> Se frustra facilmente | <input type="checkbox"/> Destructivo |
| <input type="checkbox"/> No se sienta quitamente, movediso | <input type="checkbox"/> Se hace daño |
| <input type="checkbox"/> Dificultad siguiendo direcciones | <input type="checkbox"/> Se agarra el aliénto |
| <input type="checkbox"/> Muy celoso | <input type="checkbox"/> Cruel a los animales |
| <input type="checkbox"/> Sin motivación, no quire jugar solo | <input type="checkbox"/> No se siente culpable depués de comportarse mal |
| <input type="checkbox"/> Sin miedo | <input type="checkbox"/> No contesta cuando alguien le habla |
| <input type="checkbox"/> No muy activo, se mueve despacio, no tiene energia | |
| <input type="checkbox"/> Cambios rápidos de humor, o de sentimientos | |

Observaciones del Padre: Por favor chequee los siguientes

- | | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El niño responde cuando se le sonrie o se le saluda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Comparte objetos de jugar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma su turno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Participa en juegos de pretender con otros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sigue las reglas con voluntad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa palabras o gestos para comunicar necesidades o sentimientos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Demuestra curiosidad acerca de su ambiente (gente y cosas) usando palabras o gestos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Esta cómodo con experiencias nuevas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Esta cómodo al despedirse de su cuidador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se pone excitado cuando lo recoge de la guarderia o del cuidador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En el presente ¿ha buscado servicios o ha recibido servicios de las siguientes agencias?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> Centro de Recursos | <input type="checkbox"/> Cal Works |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Women's Center | <input type="checkbox"/> Sierra Recovery Center | |
| | <input type="checkbox"/> Consejero(a) Privado(a) | |

¿Quién le referió a consejería?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela _____ | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección de los Niños (CPS) | <input type="checkbox"/> Tú Mismo(a) |
| <input type="checkbox"/> Probación | <input type="checkbox"/> Sierra Recovery Center | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> SARB | <input type="checkbox"/> Policía | <input type="checkbox"/> Cuidado proveído para el niño/a |
| <input type="checkbox"/> Women's Center | <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Headstart/Early Headstart |
| <input type="checkbox"/> LTUSD Tabla de Expulsión | | |

¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en su familia? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?

Situación	Año Cuando Ocurrió
<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Arreglos de custodia	_____
<input type="checkbox"/> Muerte en la familia o alguien cercano	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización de niño/a	_____
<input type="checkbox"/> Perdida de amigos/as	_____
<input type="checkbox"/> Muerte de animal doméstico	_____
<input type="checkbox"/> Partida de persona significativa	_____
<input type="checkbox"/> Moviada de casa o escuela	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Padres en la cárcel o partida de la casa	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria en familia (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Testigo o victima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Adopción	_____
<input type="checkbox"/> En cuidado foster	_____
<input type="checkbox"/> Niño/a vive con amigo o parientes	_____

¿A sufrido su hijo/a algún trauma o algo que le cause estres?
 Chequee todos los que le apliquen.

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual, o emocional
- Sin donde vivir Pasado Presente
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol Pasado Presente
- Cambios frecuentes en guarderia o cuidador
- Incapacidad de aprender (Ha sido su hijo/a arrestado? Cual era el tratamiento?)
- Separación de los padres o del cuidador primario

Por favor liste todos los consejeros, terapistas, psicologos, psiquiatras, y doctores que usted o su hijo/a han visto (evaluaciones, examenes)

Niño	Fecha	Padre	Fecha