

Tahoe Youth & Family Services
CUESTINARIO CONFIDENCIAL

PADRE/GUARDIAN
JOVEN (10 A 18 Años)

Fecha: ____ / ____ / ____

N° de Cliente: _____

Nombre del Cliente (Niño/a): _____ Edad: _____ N° de Seguro Social : _____

N° de Seguro Social : _____

Seguro Médico: Privado: _____ Medi-Cal: _____

Información de Padres/Padrastrros/Firma de la Persona que Representa al Cliente

Madre del Cliente: _____ Edad: _____

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

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Casa: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Étnicidad/Raza: _____ Estado Civil: _____ Podemos dejar mensaje?

Último Grado Terminado: _____ Diploma/Título: _____ Casa Trabajo Celular

Desabilitado: _____

Niños:

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

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

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

Información de Padres/Padrastrros/Firma de la Persona que Representa al Cliente

Padre del Cliente: _____ Edad: _____

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

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Casa: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Étnicidad/Raza: _____ Estado Civil: _____ Podemos dejar mensaje?

Último Grado Terminado: _____ Diploma/Título: _____ Casa Trabajo Celular

Desabilitado: _____

Niños:

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

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

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

Por medio de las siguientes preguntas, podremos tener una mejor visión acerca de sus problemas. Al contestarles correctamente nos ayudará a asistirle mejor.

Por favor haga una lista de los problemas que Ud. está confrontando como padre/madre.

¿Cuáles son algunas de las conductas de su hijo(a) que le preocupa más?

¿Cómo ha Ud. intentado de resolver estos problemas?

Según sus sentimientos ¿cuáles acontecimientos en el pasado han contribuido a los problemas del presente?

Por favor haz una lista de tres metas que Ud. quiere alcanzar para si mismo(a), para su hijo(a), y para su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

Especifique que podríamos hacer para ayudarlo(a) a lograr estas metas.

¿Está Ud. buscando servicios (o ha estado vinculado) con alguna de estas agencias?

- Health Department
- Women's Center
- Sierra Recovery Center
- Mental Health
- Family Resource Center
- Consejero Privado
- Cal Works
- Otro

¿Quién lo/ la ha referido a esta agencia?

- Escuela _____
- LTUSD Expulsion Board
- Familia
- Probation
- Child Protective Services
- Ud. Mismo
- SARB
- Sierra Recovery Center
- Otro
- Women's Center
- Police Department
- Proveedor de cuidado de su hijo
- Headstart/Early Headstart

¿Ha tenido su hijo algún trauma o tensión? Marque todos los que apliquen.

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual o emocional
- Sin casa Pasado Presente
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol Pasado Presente
- Frecuentes cambios de cuidado del niño
- Incapacidad de aprender (¿Ha sido su hijo examinado? ¿Cuál es su tratamiento?)
- ¿Separación de sus padres o de su cuidador primario?

Por favor liste todos los consejeros, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, y doctores que Ud. o su hijo a visitado. (para evaluaciones, exámenes, pruebas)

Niño	Fecha	Padre	Fecha

¿Tiene su hijo historia de cortarse o hacerse otro daño a el mismo? _____

¿Ha intentado su hijo de cometer suicidio? _____

¿Algún intento fue sin hospitalización? _____

Por favor marque todos los síntomas que Ud. cree su hijo(a) ha experimentado.

Presente Pasado

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Autoestima baja
- Sentir desesperanza o culpabilidad
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Isolamiento, problemas haciendo amigo(a)s
- Intentar el suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de su propio cuerpo
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otra persona significativa
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambiarse rápido de humor
- Cambio en amigos
- Dejar caer las calificaciones
- Imagen baja de si mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Retirarse de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces cuando no está bajo la influencia
- Tener halucinaciones cuando no está bajo la influencia de alcohol o drogas

Presente Pasado

- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas asociando bien con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos y/o rehusar a obedecer figuras de autoridad
- Culpar a otros por sus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel a animales o personas
- Robo
- Deliberadamente quemar o destrozarse la propiedad de otros
- Mentir o manipular a otros
- Salir furtivamente de la casa por la entera noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa
(¿Cuántas veces? _____)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas
- Irritable
- Incapaz de acordarse de ciertos eventos
- Tener acceso a armas de fuego u otras armas personas
- Chupar el pulgar
- Hablar como bebé
- Herida a la cabeza
(Fecha: ___ / ___ / ___)
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Fue testigo a o ha sido víctima de un trauma (accidente automovilístico, terremoto, etc.)
- Pesadillas
- Sentirse insensible o destacado(a)

¿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"/> Batalla de custodia	_____
<input type="checkbox"/> Muerte en la familia (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Partida de persona significativa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Arresto (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Accidente o herida seria (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Mudanza reciente	_____
<input type="checkbox"/> Pariente en la cárcel	_____
<input type="checkbox"/> Embarazo	_____
<input type="checkbox"/> Expulsión o suspensión de la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Ser testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Pariente usando alcohol o drogas	_____
<input type="checkbox"/> Otra situación: _____	_____

Por favor utilice el espacio abajo para pensamientos o preocupaciones adicionales que Ud. tiene sobre su hijo(a) o hijos.
