



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Evaluación Diagnóstica Integral (Menor)

Nombre: _____ F. Nacimiento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Profesional de la salud: _____ Fecha de evaluación: _____

Persona que proporciona esta información: _____
Relación con el niño: _____

Médico de Atención Primaria: _____
Psiquiatra: _____

¿Da permiso para que se proporcionen actualizaciones periódicas continuas a su médico de atención primaria y/o psiquiatra? Sí No

Por favor, indique las principales razones para buscar consulta y/o tratamiento o cuáles son las preocupaciones de salud mental presentadas:

Historial psiquiátrico previo / diagnóstico:

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento para su hijo/a?

Lista de síntomas actuales: (marque una vez si hay síntomas presentes, dos veces si hay síntomas severos)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la irritabilidad | <input type="checkbox"/> Comportamiento oposicionista | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés |
| <input type="checkbox"/> Problemas de autoestima | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Impulsividad |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Autolesiones |
| <input type="checkbox"/> Atención/Concentración | <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad | <input type="checkbox"/> Evitación | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Culpa/vergüenza excesiva | <input type="checkbox"/> Susplicacia |
| <input type="checkbox"/> Cambios recientes | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> Disociación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de temperamento/ira | <input type="checkbox"/> Obsesivo/Compulsivo | |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de higiene | <input type="checkbox"/> Dificultades de apego | |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento regresivo | <input type="checkbox"/> Aumentar el comportamiento de riesgo | |
| <input type="checkbox"/> Recuerdos retrospectivos | <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

Situación familiar actual

Lugar de nacimiento/ciudad/estado: _____

Origen étnico: _____ Idioma principal: _____

¿Su hijo/a fue adoptado? _____ Sí _____ No Edad de adopción _____

Circunstancias de la adopción _____

Los padres en el momento del nacimiento eran: Casados Separados No casados

Si está divorciado/a, ¿a qué edad estaba el hijo/a en el momento del divorcio?

Estado civil actual de la madre: _____

Estado civil actual del padre: _____

¿Con quién reside actualmente el niño/a? _____

¿Existe una orden de custodia? _____

Adjunte una copia de la orden de custodia de menores más reciente.

¿Qué es el acuerdo de custodia? _____

Por favor, adjunte una copia de la orden de custodia infantil mas reciente.

¿Hay alguna inquietud/conflicto actual sobre la custodia?

Padre _____

Fallecido, año _____

¿Cuál es el nivel de educación? _____

¿Ocupación? _____

Describe la relación del niño con su padre:

Madre _____

Fallecida, año _____

¿Cuál es su nivel de educación? _____

¿Ocupación? _____

Describe la relación del niño con su madre:

Por favor, describa el ambiente actual del matrimonio/pareja en el hogar:

Por favor, marque todo lo que corresponda:

____ Bueno, satisfechos ____ Apoyador/a ____ Relación cálida ____ Estable ____ Aburrido/a
____ Pobre comunicación ____ Al borde de la ruptura ____ Abusivo/a (físico, verbal, sexual)

¿El niño es testigo de conflictos matrimoniales o de pareja frecuentes?

¿Alguna vez el niño ha presenciado abuso dentro del matrimonio?

Número de hermanos: _____

Hermanas _____ Hermanos _____ Media hermanas _____ Medio hermanos _____

Hermanastros _____ Hermanastras _____ Fallecido/a, edad(es) al momento de la muerte: _____

Por favor, enumere a todas las personas en la familia inmediata del niño/a:

Nombre	Relación con el niño/a	Edad	¿Viviendo en el hogar?

Por favor, enumere a todos los demás miembros que no sean miembros de la familia que vivan en el hogar:

Nombre:	Relación con el niño	Edad	Tiempo viviendo en el hogar:

¿Su hijo/a asiste a la guardería? No _____ Sí _____ Por favor, explique (dónde y con qué frecuencia) _____

¿Hay otros adultos que tengan un papel importante en la crianza de su hijo/a?
No ___ Sí ___ (indique nombre y parentesco)

¿Ha habido cambios significativos en el hogar en los últimos años? (Por ejemplo, matrimonios, nacimientos, muertes, problemas de dinero, cambios de dirección, cambio de religión, etc.)

¿Su hijo/a ha sido testigo alguna vez de la encarcelación de un miembro de su familia inmediata?
(En caso afirmativo, explique quién, cuándo, período de tiempo, ofensa)

No _____

Sí _____

¿Hay alguna preocupación de abuso físico?

No _____ Sí (actual) _____ Sí (en el pasado) _____ Desconocido _____

En caso afirmativo, aclare cuándo y por quién:

¿Hay alguna preocupación de abuso emocional?

No _____ Sí (actual) _____ Sí (en el pasado) _____ Desconocido _____

En caso afirmativo, aclare cuándo y por quién:

¿Hay alguna preocupación de abuso sexual / molestia y / o agresión sexual?

No _____ Sí (actual) _____ Sí (en el pasado) _____ Desconocido _____

En caso afirmativo, aclare cuándo y por quién:

¿Hay alguna preocupación de negligencia o de que no se satisfagan las necesidades del niño?

No _____ Sí (actual) _____ Sí (en el pasado) _____ Desconocido _____

En caso afirmativo, aclare cuándo y por quién:

Por favor, explique los antecedentes culturales y/o espirituales o religiosos de su familia/la práctica actual:

¿Cómo se disciplina a su hijo/a en el hogar?

¿Cómo expresa y maneja la familia las emociones en el hogar?

¿Qué recursos y apoyos tienen usted y su familia?

¿Qué fortalezas demuestra su hijo/a en el entorno familiar?

¿Cuáles son los pasatiempos, talentos o actividades que más disfruta de su hijo/a?

Historial psiquiátrico familiar

Incluya cualquier problema de salud mental y/o uso de sustancias con familiares biológicos. Considere diagnósticos como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, TDAH, abuso de alcohol y/o drogas, encarcelamiento o cualquier suicidio.

Madre: _____

Parientes de la madre:

Padre: _____

Parientes del padre:

Hermanos: _____

Habilidades básicas para la vida: Historia y funcionamiento

Indique los hábitos de su hijo/a con las siguientes prácticas básicas de habilidades para la vida:

	Diariamente	Varias veces por semana	Una vez por semana o menos
Baño			
Cepillado de dientes			
Vestir con ropa limpia/apropiada			
Ir a la cama/despertar a horas regulares			

Preparar comidas balanceadas			
Actividades de limpieza			
Lavar ropa			

¿Su familia realiza regularmente las siguientes prácticas de seguridad?

Cierran la puerta con llave/ o la aseguran: Si ___ No ___

Apagan el horno, cierran el agua, etc.: Si ___ No ___

¿Su familia está recibiendo servicios de cuidado personal, comidas sobre ruedas o cualquier otra habilidad básica para la vida? Si ___ No ___

¿Está de acuerdo en permitir que su profesional de la salud mental le proporcione refrigerios a su hijo/a, de manera intermitente, según sea necesario, para reforzar el comportamiento positivo o ayudar a mejorar su estado de ánimo? _____

¿Su hijo/a tiene transporte confiable o tiene acceso al transporte público, etc.?

Si ___ No ___ (Por favor, explique) _____

¿Qué apoyos y recursos tiene en la comunidad (iglesias, clubes, actividades extracurriculares, etc.)?

¿Su hijo/a tiene: Tarjeta de Seguro Social Si ___ No ___

Licencia de conducir: Si ___ No ___

Historial médico y funcionamiento:

¿Cómo describiría la salud general de su hijo/a? _____

Por favor, nombre médico(s) / especialistas:

Fecha del último examen físico: _____

Edad de la madre en el momento del nacimiento: _____ ¿La madre recibió atención de rutina durante el embarazo? Sí _____ No _____

Especifique los medicamentos utilizados durante el embarazo de la madre:

El embarazo duró: _____ semanas/meses

Peso del niño al nacer: _____ libras _____ onzas

Por favor, marque las condiciones a continuación que describen la salud del niño y de la madre durante

Embarazo de la madre

Sin complicaciones _____ Desmayos / pérdida de la conciencia _____ Caídas _____
Lesiones físicas _____ Sangrado excesivo _____ Hipertensión _____ Diabetes _____
Estrés emocional _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Abuso _____ Toxemia _____
Consumo de alcohol/drogas _____ Consumo de tabaco _____

Parto:

Trabajo de parto normal _____ Inducido _____ fórceps/entrega de ventosa _____
Cesárea _____ Parto de nalgas _____ Trabajo de parto inusualmente largo _____
Prematuro (# de semanas) _____ Atrasado (# de semanas) _____
Otro _____

Condición del niño/a al nacer

Normal/Sin complicaciones _____ Falta de oxígeno _____
Problemas respiratorios _____ Problemas del corazón _____ Lesión/defecto congénito _____
Ictericia _____ UCI Neonatal (Duración de la estancia) _____

Período posparto de los padres

¿La madre experimentó depresión posparto después del parto?
No _____ Si _____

¿La madre experimentó ansiedad posparto después del parto?
No _____ Si _____

¿El padre experimentó depresión posparto después del parto?
No _____ Si _____

¿Experimentó el padre ansiedad posparto después del parto?
No _____ Si _____

¿Hubo algún aumento de la tensión matrimonial después del parto?
No _____ Si _____

Por favor, marque con un círculo cualquier condición de salud que se aplique para el niño actualmente:

-Problemas de tiroides -Presión arterial alta -Dolores de cabeza -Problemas cardíacos
-Problemas para dormir -Colesterol alto -Asma -Dificultad para comer
-Problemas estomacales -Convulsiones
Otro (Por favor describa):

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Por favor de escribir: Sí/No, ¿Qué?, y ¿cuándo?

Enfermedades contagiosas o infecciosas

Discapacidades o minusvalías

Alergias/alergias alimentarias

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Por favor de escribir: Sí/No, ¿Qué?, y ¿cuándo?

Accidentes/lesiones

Cirugías

Enfermedades graves

Hospitalizaciones

Pérdida del conocimiento

Medicamentos: Por favor, escriba todos los medicamentos recetados o de venta libre actuales.

_____ No medicamentos

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
-------------------	-------------	--------------

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
-------------------	-------------	--------------

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
-------------------	-------------	--------------

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
-------------------	-------------	--------------

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
-------------------	-------------	--------------

**** Escriba los medicamentos adicionales en la parte posterior de esta página**

¿Puede su hijo/a auto administrarse medicamentos? Si _____ No _____

Adherencia a la medicación:

_____ Regularmente toma según lo prescrito

_____ Ocasionalmente se salta una dosis

_____ Pierde dosis regularmente

_____ Rechaza/olvida tomar medicamentos la mayoría de los días

¿Su hijo/a ha sido tratado en el pasado con medicamentos psiquiátricos como antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, tranquilizantes, somníferos, estimulantes u otros?

Si _____ No _____

¿Alguno de los miembros de su familia ha tenido una enfermedad importante o tratamiento médico? En caso afirmativo, explique lo siguiente:

Uso/Abuso de Sustancias

¿Tiene alguna preocupación sobre el consumo de sustancias para su hijo/a? En caso afirmativo, ¿Qué sustancia y con qué frecuencia consumen?

Uso/abuso de nicotina

Antecedentes o preocupaciones sexuales

¿Su hijo/a tiene comportamientos sexuales inapropiados actuales o pasados? ¿Actos sexuales inapropiados? ¿O comportamientos sexuales agresivos? Si es así, por favor explique.

Historial de tratamiento de salud conductual

	Proveedor de servicios	¿Cuándo / Con qué frecuencia?	¿Fueron útiles? Por favor, explique.
Terapia			
Centro psiquiátrico de internamiento			
Gestión de casos			
Gestión de la medicación			
CBRS / PSR			
Tratamiento de Adicciones			
Servicios de Desarrollo			
Terapia ocupacional			
Terapia de lenguaje			
Fisioterapia			
Servicios de Cuidado Personal			
Proveedor de atención médica en el hogar			
Otra			

¿Hay algún historial de los servicios anteriores recibidos por los miembros de la familia biológica inmediata? En caso afirmativo, explicarlo.

Historia del Desarrollo

Para las siguientes etapas del desarrollo, indique la respuesta más adecuada:

Etapa	Rango de edad normal	Retrasado, pero fue alcanzado	Preocupación en curso/actual
Sentarse			
Gateo			
Caminar			
Pronunciar las primeras palabras			
Frases habladas			
Totalmente entrenado para ir al baño			
Permanece seco toda la noche			

Durante los primeros años de vida de su hijo/a, ¿hubo alguna de las siguientes características significativamente presentes?

Dificultad para consolarse ___ Cólico ___ Irritabilidad Excesiva ___
 Disminución del sueño ___ Dificultad para lactar ___ Mal contacto visual ___
 No respondía a su nombre ___ Fascinación por ciertos objetos ___
 Golpes de cabeza constantes ___

Antes de los 6 años, ¿su hijo/a tuvo más dificultades que otros niños de su edad? (marque si la respuesta es afirmativa):

Sentarse quieto a la hora de comer ___ Prestar atención cuando se le lee ___
 Lanzar/atrapar una pelota ___ Abotonarse o cerrar la cremallera ___
 Sostener un crayón o un lápiz ___ Dejar caer o derribar cosas accidentalmente ___
 Mantenerse concentrado/a en la televisión, las películas, etc. ___
 Esperar su turno en el juego ___ Saber la izquierda de la derecha ___ Vestirse ___
 Amarrarse cordones de los zapatos ___

En caso afirmativo, describa:

¿Con qué frecuencia son los siguientes problemas para su hijo/a?

	Rara vez	A veces	Frecuentemente
Prepararse para la escuela			
Jugar solo/a			
Con una niñera/ en la guardería:			
En el coche			
En la escuela			

¿Cómo describirías la personalidad de tu hijo/a en casa?

¿Cómo describirías la personalidad de tu hijo/a en la escuela?

¿Está interesado en discutir ideas/técnicas de crianza como parte del proceso de terapia de su hijo/a? En caso afirmativo, por favor describir las áreas de preocupación.

Historia y funcionamiento social

¿Cómo describiría las amistades de su hijo/a? Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda.

Sin amigos

Solo conocidos

Conocidos y amigos

Describe lo siguiente sobre su hijo/a en entornos sociales:

¿Cuál es el temperamento de su hijo/a en situaciones sociales? (Tímido/a extrovertido/a, líder, seguidor)

¿Cómo describiría su comportamiento y nivel de comodidad cuando están en entornos sociales?

¿Cuáles son sus talentos y/o fortalezas sociales?

¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones con los compañeros, la elección de amigos y/o el funcionamiento social de su hijo/a? En caso afirmativo, por favor describir:

¿Su hijo/a tiene habilidades sociales apropiadas para su edad/funcionamiento? En caso negativo, describa:

¿Su hijo/a alguna vez se ha quejado de ser acosado o acusado de acoso? En caso afirmativo, Por favor describir:

¿Su hijo/a ha identificado una orientación sexual:

Identidad de género:

¿Expresó alguna confusión o preocupación sobre alguno de los dos?

¿Le preocupa que su hijo/a esté experimentando dificultades con la edad, el género, la orientación sexual, la cultura, la raza o la religión?

No ____ Sí ____

Historia Jurídica y Funcionamiento

¿Su hijo/a tiene alguna participación actual o pasada con el sistema legal, incluido el tribunal de desviación, la libertad condicional, el arresto, la actividad ilegal o el encarcelamiento?

____ No ____ Si Por favor explicar

Historia y funcionamiento vocacional/educativo

Grado en la escuela: _____

Escuela: _____

Maestro _____

Clase favorita del niño/a: _____

Describa cómo le fue a su hijo/a en la escuela primaria:

Académicamente _____

Comportamiento _____

Socialmente _____

Describa cómo le fue a su hijo/a en la escuela secundaria:

Académicamente _____

Comportamiento _____
Socialmente _____

¿Su hijo/a recibe algún tipo de salón de clases especializado o recibe educación especial?
____ Si ____ No

¿Tienen actualmente o en el pasado un Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés) o un plan 504: _____

¿Alguna vez ha habido alguna preocupación expresada por médicos, maestros u otros profesionales en relación con el cumplimiento de las etapas del desarrollo de su hijo/a? _____

¿Ha habido algún problema o preocupación de comportamiento en la escuela / guardería?, en caso afirmativo, describa:

¿Su hijo/a tiene actualmente metas educativas? ____ No ____ Si

¿Su hijo/a ha recibido alguna formación profesional? ____ No ____ Si

Empleo

¿Su hijo/a está empleado actualmente? En caso afirmativo, describa dónde y por cuánto tiempo.
No _____ Si _____

¿Su hijo/a tiene actualmente metas laborales? ____ No ____ Si

Historia Financiera y Funcionamiento

¿Tienen las finanzas adecuadas para satisfacer las necesidades de la familia ____ Si ____ No
Por favor explique:

Fuentes de ingresos: _____

¿Hay algún estrés que preocupe a los padres?, en caso afirmativo, indique:

Historia de la Vivienda

Arreglo de vivienda actual:

____ Casa propia

____ Alquiler

____ Viviendo con amigos/familiares

____ Otro

____ Vivienda con apoyo – explique _____

¿La situación actual de la vivienda satisface las necesidades de su hijo/a en las siguientes áreas?
Salud y seguridad ___Si ___No-por favor explique _____
Acceso a los servicios ___Si ___No por favor explique _____

¿Hay algún historial de personas sin hogar/desalojos? ___No ___Si-por favor explique

¿Existe algún riesgo de quedarse sin hogar? ___No ___Si-por favor explique

Firmas

Persona responsable de llenar este formulario: _____

Relación con el cliente: _____

Firma: _____

Fecha: _____