

Bienvenido a Bear River Mental Health Services, Inc. Como parte importante de su cita de evaluación, le pedimos que llene el siguiente paquete de información lo más completo posible. La realización de este paquete será de gran ayuda para su terapeuta para familiarizarse con su historia. Esto ayudará a su terapeuta desarrollar un plan de tratamiento y se centran más en la comprensión de sus preocupaciones principales. Esta información se mantiene confidencial, excepto en los casos legales especiales. Nadie fuera del Centro podrá ver sus registros sin su permiso por escrito. Si tiene alguna pregunta o duda, póngase en contacto con nuestro personal de coordinación de servicios en el lugar apropiado.

Cache and Rich Counties: 435-752-0750

Brigham City: 435-734-9449

Tremonton area: 435-257-2168

HISTORIA PERSONAL
(Formulario para jóvenes)

Nombre del joven: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Completado por: _____ Relación hacia el/la joven: _____

Nota: Por favor de hacer cualquier pregunta que tenga al revisar esta forma con el clínico.

PROBLEMAS ACTUALES

Por favor, indique el problema o los problemas para los que usted solicita ayuda. Comience con el problema más difícil primero.

1. _____

Califique la gravedad de problema #1: leve moderada severa

2. _____

Califique la gravedad de problema #2: leve moderada severa

Historia de este / estos problemas _____

INTENTOS DE SOLUCIÓN

¿Qué soluciones ha probado para corregir los problemas actuales? _____

METAS

¿Apunte, por favor, la meta o metas que usted desea que su joven complete en tratamiento (por favor sea específico)?

1. _____

2. _____

3. _____

USO DE SUSTANCIAS (si aplicable)

Ha utilizado alguna vez el/ la joven las siguientes sustancias:

	Frecuencia de uso	Tiempo de uso y cuando se inicio
<input type="checkbox"/> Cigarrillos/Tabaco	_____	_____
<input type="checkbox"/> El alcohol	_____	_____
<input type="checkbox"/> Marijuana	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estimulantes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor / Relajantes musculares	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____

¿Ha recibido alguna vez el/la joven tratamiento para el abuso de sustancias? Si No

De quién / cuándo: _____

INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA

¿Quién es el médico de atención primaria del/la joven? _____ Teléfono: _____

Por favor indique e incluya la fecha de alguna enfermedad grave, lesión, cirugía y / u hospitalización el/la joven ha tenido:

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Anote cualquier alergia que el/la joven tenga: _____

Fecha del último examen físico: _____ Dental: _____

¿Las vacunas están al día? Si No

¿El/la joven es sexualmente activo (a)? Si No Desconocido

Si es mujer, ¿está embarazada? Si No Fecha de parto: _____

Por favor, verifique todas las siguientes condiciones médicas que el/la joven tiene ahora o ha tenido en el pasado:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales /
intestinales | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Nivel alto o bajo de energía |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / ataques | <input type="checkbox"/> Ganancia o pérdida de peso | <input type="checkbox"/> La hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de apetito | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Ha sido el/la joven probado para : TB Si No Positivo Negativo

Hepatitis Si No Positivo Negativo

HIV Si No Positivo Negativo

Indique *todos* los medicamentos actuales el/la joven está tomando:

Medicación	Dosis	Doctor que prescribe
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indique *todos* los medicamentos de salud mental el/la joven ha tomado en el pasado:

Medicación	Dosis	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FUNCIONAMIENTO

¿Hay alguna preocupación acerca de:

Funcionamiento de idioma (el habla y la audición): explique _____

Funcionamiento visual: explique _____

El funcionamiento intelectual: explique _____

Capacidad de aprendizaje: explique _____

DESARROLLO INFANTIL

Cuando era niño (a) de **1 ½ a 3 años**:

1. ¿El niño / la niña tomo interés en otros niños(as)? ○ Si ○ No
2. ¿El niño / la niña alguna vez uso su dedo índice para señalar, para indicar interés en algo? ○ Si ○ No
3. ¿El niño / la niña alguna vez le trajo objetos para mostrarle algo? ○ Si ○ No
4. ¿El niño / la niña lo imitaba? Por ejemplo si usted hacia una cara, el/ella hacia lo mismo? ○ Si ○ No
5. ¿El niño / la niña respondía a su nombre cuando llamado? ○ Si ○ No
6. Si usted señalaba a un juguete a través del cuarto, el niño / la niña lo miraba? ○ Si ○ No

Informacion sobre embarazo y parto

- Madre no recibió atención prenatal
- Cualquier problema o problemas durante el embarazo: explique _____
- La exposición prenatal a sustancias
- Los medicamentos tomados por la madre durante el embarazo: por favor liste _____
- Cualquier problema con el parto: _____

A partir de la edad de 2-5 el/la joven mostró:

- Un corto interés o capacidad de atención
- Inquietud
- Frecuentes estallidos de mal genio
- Destructivo con los juguetes
- Generalmente infeliz o irritable
- Reacciones intensas, ya sea positivo o negativo
- La incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones
- Demasiado prudente o lento para confiar
- Demasiado rápido para confiar
- En raras ocasiones buscó consuelo
- Raramente jugaba con otros
- Desconectó / pierde el contacto

Por favor, escriba la edad cuando por primera vez el/la joven:

Caminó solo (a) _____ Fue al baño solo (a) _____ Sabía colores _____

Empezó a usar palabras _____ Habló frases _____ Escucho una historia de 10 minutos _____

Por favor, describa la relación inicial entre el padre (s) y este joven _____

ACUERDOS de vida actual (¿con quién vive el niño(a)?)

Anote todos los miembros de la familia e indicar si están viviendo en el hogar. **Por favor, incluya miembros no familiares que actualmente viven en el hogar.**

Nombre	Edad	Relación con el/la joven	Viviendo en el hogar	Ocupación o grado de la escuela
			○ Si ○ No	
			○ Si ○ No	
			○ Si ○ No	
			○ Si ○ No	
			○ Si ○ No	
			○ Si ○ No	

FAMILIA / HISTORIA CULTURAL

Los padres biológicos son: Casado Soltero Separado Divorciado Uno o los dos han fallecido

¿Fue el/la joven adoptado? Si No ¿A que edad? _____ ¿De donde? _____

¿Quién tiene la custodia legal de el/la joven? _____

Por favor enumere cualquier separación de los padres / cuidadores el/la joven haya tenido (es decir. colocados en hogares de guarda, movido de un miembro de la familia a otro miembro de la familia, el encarcelamiento de los padres, la muerte de uno de los padres, etc.): _____

Por favor enumere los cambios residenciales de el/la joven en los últimos 5 años _____

Preferencia religiosa (opcional): _____

Por favor anote (describa) cualquier información que es único acerca de este(a) joven o de su familia que pueda ser útil para el terapeuta tener en cuenta: _____

ABUSO / HISTORIA DE TRAUMA

¿Este (a) joven ha experimentado alguna vez algún tipo de abuso?

Abuso emocional Si No ¿En caso afirmativo, por quién? _____

Abuso físico Si No ¿En caso afirmativo, por quién? _____

Abuso sexual Si No ¿En caso afirmativo, por quién? _____

¿Alguna vez el/la joven fue involucrado en cualquier otro tipo de incidentes traumáticos como trauma médico, desastres naturales, trauma de refugiado, violencia escolar, el terrorismo o la aflicción traumática? Si No

Explique: _____

TRATAMIENTO Y HISTORIA DE LA SALUD MENTAL DE EI/LA JOVEN

1. ¿Ha recibido alguna vez el/la joven previo asesoramiento de salud mental o tratamiento? Si No

Terapeuta _____ Cuando _____

Con respecto a _____

Terapeuta _____ Cuando _____

Con respecto a _____

2. ¿Alguna vez ha sido el/la joven hospitalizado por razones de salud mental? Si No

Dónde _____ Cuando _____

Dónde _____ Cuando _____

HISTORIA PSIQUIATRICA DE LA FAMILIA

Por favor liste cualquier relación de sangre (por ejemplo, padres, abuelos, tíos, hermanos, etc.) que han tenido:

Colapso mental o nervioso _____

Depresión _____

Ansiedad o nerviosismo severo _____

Alcoholismo _____

Abuso de drogas _____

Cambios de humor _____

Comportamiento extraño _____

Problemas temperamentales extremas _____

El intento o éxito de suicidio _____

Extremadamente tímido(a), tranquilo (a), aislado(a) de los demás _____

La hospitalización de salud mental _____

Dificultad de aprendizaje o para leer _____

Dificultades graves de conducta en la niñez _____

Desacuerdos maritales graves o de la disciplina de los niños _____

Historia de separación o divorcio de los padres _____

Enfermedad médica significativa (liste el familiar y la enfermedad) _____

¿Hay alguien en la familia de el/la joven que está recibiendo servicios de salud mental en este momento? Si No

Si es así, liste la relacion y donde: _____

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

¿A qué escuela asiste el/ la joven? _____

Nivel de grado actual (marque con un círculo):

Preescolar							Jardín de infancia				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Por favor marque todos los que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autísticamente deteriorado | <input type="checkbox"/> Tiene IEP |
| <input type="checkbox"/> Clases de recursos | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en la escuela |

Promedio de calificaciones (si procede): _____

En la matemática es: fuerte promedio débil

En la lectura es: fuerte promedio débil

Materia más fuerte: _____

Materia más débil: _____

¿Tiene el/la joven un trabajo? Si No Describa: _____

HISTORIA SOCIAL

Marque el número de amigos el/la joven tiene: Mas de 10 10 - 3 2 - 1 Ninguno

Los compañeros son una influencia positiva: Si No

Dificultades con los amigos / compañeros: _____

PROBLEMAS LEGALES

¿El/la joven ha estado alguna vez en problemas con la ley o condenado (a) por un delito? Si No

¿Está el/ la joven en período de prueba? Si No

PARTICIPACION CON OTRAS AGENCIAS

Marque las agencias en cual el/la joven o la familia participa actualmente, o ha participado en el pasado.

- Departamento de Servicios Para Niños y Familias
- Tribunal de Menores
- Probatoria de los adolescentes
- Departamento de Salud - Abuso de Sustancias
- Correccional de Menores
- Servicios de la Escuela Especial
- Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades
- Centro para Personas con Discapacidades
- Otra Agencia

SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

1. ¿Está el/ la joven pensando o planificando en el suicidio o hacerse daño ahora? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

2. ¿El/la joven ha intentado suicidarse o hacerse daño de alguna manera? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

3. ¿ El/la joven ha agredido física o sexualmente a otra persona? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

FORTALEZAS

Por favor liste fortalezas positivas de el/la joven y / o mejores maneras de enfrentar problemas:

SÍNTOMAS ACTUAL Y ANTERIORES Califique los siguientes síntomas de este joven:

	Nunca	Casi nunca	Parte del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi todo el tiempo
Corto periodo de atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de impulsividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad con cambios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agresivo con las personas o los animales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destrucción de propiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decir Mentiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ira explosiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rompiendo las reglas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baja autoestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad y el Estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad de separación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mojar la cama /accidentes por el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Información Adicional:

Firma del Padre / Tutor

Fecha