

ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES
Cuestionario de Evaluación del Comportamiento

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Fecha de hoy: _____
 Nombre de la persona que esta llenando este formulario: _____
 Relación: _____

En sus propias palabras, ¿cuál es el motivo de esta visita? _____
 ¿Qué ayuda busca de la clínica? _____

Es esta evaluación para (marque lo que corresponda)? La primera vez de la evaluación Segunda opinión
 Actualización de la evaluación Considerar el medicamento para _____

Por favor escriba cualquiera de los trabajadores sociales, terapeutas, personal de la escuela u otros profesionales que participan actualmente en el bienestar del niño, o de cualquier plan de educación en el lugar:

Haga una lista previa de la escuela de desarrollo, o evaluaciones de salud mental para el niño, cuándo, dónde, los resultados de:

Usted o su hijo Alguna vez ha tomado algún medicamento para un problema emocional, o salud mental? Si es así, qué y cuándo? Incluya los medicamentos a base de hierbas o de venta libre.

Historial médico familiar
Indique problemas familiares del niño de cualquiera de los siguientes.

	Hermanos Hermanas	Madre Natural	Madre Familiares de la Madre	Padre Natural	Padre Familiares de la Padre
Trastorno obsesivo-compulsivo o hábitos molestos, exigente y rígido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los tics u otros hábitos nerviosos, Tourette's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La depresión durante más de 2 semanas, medicamentos para el trastorno de estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio o intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La psicosis o la esquizofrenia, hospitalizado por problemas mentales o emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El alcohol o abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas legales, arrestos, prisión / cárcel de tiempo, probaciones de la corte, "siempre en problemas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas médicos graves o crónicas: cáncer, sordera, problemas del corazón, convulsiones, diabetes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos de azar, compras o compulsiones otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay algo más que deberíamos saber acerca de su niño o su familia? _____