

KARITAS COUNSELING
INFORMACION DEL CLIENTE – NINOS/AS O ADOLESCENTES

Bienvenido a Karitas Counseling. Le pedimos su cooperación en llenar este formulario. Esto es confidencial y ayudara a su terapeuta en la evaluación de sus necesidades.

Fecha de Hoy _____ **Idioma preferido** Español Ingles
Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad** _____
Genero Varón Hembra **Seguro Social #** _____ **Padre/Tutor Legal:** _____

Domicilio _____
Dirección # de apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿Podemos enviar correo a este domicilio? Si No

Teléfono de casa () _____ Se le puede dejar un mensaje? Si No

Teléfono de trabajo () _____ Se le puede dejar un mensaje? Si No

Teléfono Celular () _____ Se le puede dejar un mensaje? Si No

Correo electrónico _____ Se le puede mandar correo electrónico? Si No Tome en cuenta que el correo electrónico puede no ser confidencial.

¿Le gustaría recibir un recordatorio de las citas?

NO, Yo me acordare. O **SI**, enviarme recordatorio por Mensaje de texto al # _____
 Llamada al # _____ Correo electrónico al _____

A quien podemos agradecer por referirlo/a? Yo mismo Amigo/a Miembro de Familia Medico Personal: _____
 Psiquiatra: _____ Otro: _____

Contacto de Emergencia: ¿A quién debemos llamar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información de la Compañía de Seguro:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
de Póliza o ID: _____ **# de Grupo:** _____

Información del Titular de la Póliza: (Llene lo siguiente si el asegurado primario no es el cliente)

Nombre del Asegurado Primario: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

Empresa: _____ **Genero** Varón Hembra **# de Seguro Social:** _____

Relación del Cliente con el Asegurado Primario: Cónyuge Hijo/a Otro: _____

Información de la Compañía de Seguro Secundario:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
de Póliza o ID: _____ **# de Grupo:** _____

Programa de Asistencia al Empleado (EAP):

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
de Autorización: _____ **# de Sesiones Autorizada:** _____ **Fecha de Caducidad:** _____

¿Si no tiene seguro o EAP, como va a pagar por los servicios? _____

Firma del Padre o Tutor Legal: Yo autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar el pago de las reclamaciones médicas y autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro por Karitas Counseling. Yo entiendo que estoy en última instancia financieramente responsable de todos los cargos acumulados si no son pagados por el seguro y asigno directamente a Karitas Counseling todas las prestaciones sociales pagadera a mi de los servicios prestados y autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

KARITAS COUNSELING
INFORMACION DEL CLIENTE – NINOS/AS O ADOLESCENTES

Describe en breve el motivo de su visita hoy: _____

Por favor de marcar todos los comportamientos y síntomas de su hijo/a que se consideran problemáticos:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distráido/a | <input type="checkbox"/> Cambios de apetito | <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales | <input type="checkbox"/> Comportamiento manipulativo |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo/a | <input type="checkbox"/> Aislamiento Social | <input type="checkbox"/> Desafiante | <input type="checkbox"/> Comportamientos de auto daño |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Preocupación | <input type="checkbox"/> Agresión o peleas | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Aburrimiento | <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico | <input type="checkbox"/> Pensamientos homicidas | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Mala memoria o confusión | <input type="checkbox"/> Miedo lejos de casa | <input type="checkbox"/> Argumentos frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Malestar Social | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/enfado/ira | <input type="checkbox"/> Problemas con el aseo |
| <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Problemas Legales | <input type="checkbox"/> Incendios | <input type="checkbox"/> Desesperación/Falta esperanza |
| <input type="checkbox"/> Robando | <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte | <input type="checkbox"/> Pensamientos Obsesivos | <input type="checkbox"/> Problemas de escuela/trabajo |
| <input type="checkbox"/> No o Pocos amigos | <input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo | <input type="checkbox"/> Destruye la propiedad | <input type="checkbox"/> Conflicto con los demás |
| <input type="checkbox"/> Crisis de Llanto | <input type="checkbox"/> Pensamientos de carrera | <input type="checkbox"/> Huye de casa | <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual |
| <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Mal Genio | <input type="checkbox"/> Dice Palabrotas | <input type="checkbox"/> Adicción a la Computadora |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Sospecha / Desconfianza | <input type="checkbox"/> Violación del toque de queda | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o droga |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Oír Voces | <input type="checkbox"/> Mentiroso | <input type="checkbox"/> Falta de motivación |
| <input type="checkbox"/> Recuerdos perturbadores recurrentes | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿En qué áreas de la vida de su hijo/a le está afectando sus preocupaciones? (Señale lo siguiente.)

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alojamiento | <input type="checkbox"/> Auto-estima | <input type="checkbox"/> Manejar tareas cotidianas | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas | <input type="checkbox"/> Relaciones |
| <input type="checkbox"/> Higiene | <input type="checkbox"/> Trabajo/escuela | <input type="checkbox"/> Asuntos Legales | <input type="checkbox"/> La Salud | <input type="checkbox"/> Finanzas |

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a pensamientos, hecho declaraciones o intentado hacerse daño a sí mismo? No Si, por favor describa: _____

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a pensamientos, hecho declaraciones o intentado hacer daño a alguien más? No Si, por favor describa: _____

¿Su hijo/a ha sido herido o amenazado físicamente por otra persona? No Si, por favor describa: _____

¿Cuáles son las 3 metas principales que le gustaría lograr en terapia?

1. _____
2. _____
3. _____

Historia Familiar:

Estado de relación de los padres:

- Conviviendo Casado Apartado Divorciado Viudo/a

¿Los padres del niño/a están separados o divorciados? No Si. En caso afirmativo, ¿cuál es el acuerdo actual de custodia o visitación del niño/a? _____

Si es así, ¿se volvió a casar uno de los padres biológicos? No Si

¿Es su hijo actualmente sujeto de un caso de custodia? No Si, por favor describa. _____

¿Quién tiene la custodia legal del niño/a? _____ ¿Es esto temporal? ____ ¿O Permanente? ____

¿Ha vivido el niño/a con ambos padres desde su nacimiento? Si No, anote los cambios cronológicamente (incluye otras ubicaciones):

Desde:	Hasta:	Edad(es):	Nino/a vivió con:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

KARITAS COUNSELING
INFORMACION DEL CLIENTE – NINOS/AS O ADOLESCENTES

Por favor complete la siguiente sección para cada padre:

Nombre de madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Empresa: _____ Educación: _____

¿Cómo es disciplinado el niño/a por esta madre? _____

¿Cuáles son las razones por las cuales el niño/a es disciplinado por esta madre? _____

Nombre de padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Empresa: _____ Educación: _____

¿Cómo es disciplinado el niño/a por este padre? _____

¿Cuáles son las razones por las cuales el niño/a es disciplinado por este padre? _____

Relacion	Nombre	Edad / Genero	Vive con el niño/a?	Calidad de la relación pobre / media / buena
Madrastra				
Padrastra				
Hermano/a:				
Otros parientes				

Problemas familiares de salud mental	Quien?
Hiperactividad	
Abuso Sexual	
Depresion	
Bipolar	
Suicidio	
Ansiedad	
Ataque de Panico	
Obsesivo Compulsivo	
Ira / Abusivo/a	
Esquizofrenia	
Desorden alimenticio	
Abuso de alcohol	
Abuso de droga	

Embarazo/Nacimiento:

¿Fue planeado el embarazo con el niño/a? No Si Duración del embarazo: _____

Peso de nacimiento: _____ Tipo de Entrega: Cesárea Parto de nalgas Normal Otro: _____

Edad de la madre al nacer el niño/a: _____ Edad del padre al nacer el niño/a: _____

El niño/a era número _____ de _____ niños/as en total.

¿Durante el embarazo la madre fumo? No Si, que cantidad: _____

¿La madre uso drogas o alcohol? No Si, que cantidad / tipo: _____

Durante el embarazo, ¿tuvo la madre alguna dificultad médica o emocional? (por ejemplo, cirugía, hipertensión, medicación, etc. No Yes, describa: _____

Describe cualquier complicación física o emocional con el parto: _____

Describe cualquier complicación para la madre o el bebe después del parto: _____

Infancia / Bebe (0-3 años) Marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No disfruta caricias/abrazo | <input type="checkbox"/> Difícil de consolar | <input type="checkbox"/> Cólico | <input type="checkbox"/> Inquietud excesiva |
| <input type="checkbox"/> Excesivamente activo | <input type="checkbox"/> Golpeaba la cabeza | <input type="checkbox"/> Sueno disminuido | <input type="checkbox"/> Constantemente en todo |
| <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Retirado / temeroso | <input type="checkbox"/> No calmaba al ser sostenido o acariciado | |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la lactancia / biberón | | <input type="checkbox"/> Patrones irregulares de sueño, apetito, hábitos | |

Historia del desarrollo: ¿Su hijo llego a tiempo, temprano o tarde para alcanzar estos hitos del desarrollo?

	<u>A tiempo</u>	<u>Temprano</u>	<u>Tarde</u>		<u>A tiempo</u>	<u>Temprano</u>	<u>Tarde</u>
Se sentó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seco durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seco durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KARITAS COUNSELING
INFORMACION DEL CLIENTE – NIÑOS/AS O ADOLESCENTES
TRATAMIENTO PREVIO DE SALUD MENTAL

¿Si	No	Tipo de Tratamiento	Cuando?	Proveedor/Programa	Razón del Tratamiento
		Asesoramiento/Consejería			
		Medicamento (Salud Mental)			
		Hospitalización Psiquiátrica			
		Tratamiento de Droga/Alcohol			
		Autoayuda/Grupo de Apoyo			

¿Tiene el niño/a una Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD)/Plan de Crisis? Sí No

¿El niño/a ha sido víctima o está en riesgo de violencia doméstica, abuso emocional, físico o sexual? No Si, por favor describa: _____

Otros traumas o pérdidas: _____

EDUCACION

Grado actual: _____ Nombre de la escuela: _____

¿Alguna vez ha sido retenido el niño/a en el mismo grado? No Si, describa: _____

Grados actuales: Excelente Bueno Justo Pobre Grados pasados: Excelente Bueno Justo Pobre
 Conducta actual: Excelente Bueno Justo Pobre Conducta pasada: Excelente Bueno Justo Pobre

¿Ha tenido el niño/a alguna de las siguientes dificultades este año en la escuela?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suspensión | <input type="checkbox"/> Tarea incompleta | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Referidos o detenciones |
| <input type="checkbox"/> Grados bajos | <input type="checkbox"/> Bully | <input type="checkbox"/> Problemas de habla | <input type="checkbox"/> Ausencias de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Influencia de pandilla | <input type="checkbox"/> educación especial | <input type="checkbox"/> Saltar clases | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer amigos |

¿De qué materias disfruta el niño/a en la escuela? _____

¿Qué materias no le gustan al niño/a en la escuela? _____

¿El niño/a ha sido evaluado psicológicamente? No Si, describa: _____

Sentimientos sobre el trabajo escolar:

- Ansioso Pasivo Entusiasta Temeroso Entusiasta Sin expresión
 Aburrido Rebelde Otro, describa: _____

Enfoque al trabajo escolar:

- Organizado Responsable Interesado Autodirigido No Iniciativa Se niega
 Descuidado Desorganizado Cooperativo/a Hace solo lo que se espera No termina tareas Otro, describa: _____

Rendimiento en la escuela:

- Satisfactorio Bajo rendimiento Alto rendimiento Otro, describa: _____

Relación entre colegas o grupo:

- Espontaneo Seguidor Lider Dificultad para hacer amigos Hace amigos fácilmente
 Amigos de mucho tiempo Comparte fácilmente Otro, describa: _____

Si el niño/a participa en un programa vocacional o trabaja en un empleo, llene lo siguiente:

¿Cuál es la actitud del niño/a hacia el trabajo? Pobre Justo Bueno Excelente

Patron Actual: _____ Posicion: _____ Horas por semana: _____

¿Como se han visto afectadas las calificaciones del niño/a desde que trabaja? Bajaron Igual Subieron

¿Cuántos trabajos o colocaciones anteriores ha tenido el niño/a? _____

KARITAS COUNSELING

INFORMACION DEL CLIENTE – NINOS/AS O ADOLESCENTES

HISTORIA SOBRE EL USO DE SUSTANCIAS (ALCOHOL/DROGAS) (Para 12 años o más o si es aplicable)

Ningun

Uso Actual (Últimos 6 meses)

Uso en el Pasado

Tipo de Sustancia	Si	No	Frecuencia	Cantidad	Si	No	Frecuencia	Cantidad
Tabaco								
Cafeina								
Alcohol								
Marijuana								
Cocaina								
Heroína/Opioides								
Anfetaminas								
Alucinogeno								
Medicina Recetada								
Otro:								

La Evaluacion CRAFFT (para mayores de 12 años o si corresponde)	Si	No
Durante los ultimos 12 meses, usted:		
1. ¿Bebido alcohol (más de unos pocos sorbos)? (No cuente los sorbos de alcohol tomados durante eventos familiares o religiosos.)		
2. ¿Fumado marijuana o hachis?		
3. ¿Usar algo más para drogarse? (“Cualquier otra cosa” incluye drogas ilegales, medicamentos de venta libre y medicamentos recetados y cosas que “oler” o “jadear”)		

¿Cuáles son las razones del niño/a para el uso? (por ejemplo, adicto, construir confianza, escapar, social, medicar, etc.) _____

¿El niño/a cree que el uso de sustancias es un problema? No Si, por favor describa: _____

¿Ha tenido el niño/a síntomas al tartar de dejar de usar alguna sustancia? No Si, por favor describa: _____

¿Ha tenido el niño/a problemas con el trabajo, las relaciones, la salud, la ley etc debido a su uso de sustancias?
 No Si, por favor describa: _____

INFORMACION MEDICA

¿Cómo describiría la salud física de su hijo/a? Bueno Mas o Menos Malo Fecha del último examen físico: _____

Alergias: _____ Fecha del último examen ocular: _____

Indique cuál de las siguientes condiciones médicas afectan actualmente al niño/a.

- | | | | | |
|---|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Golpe de cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Accidente grave | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vista | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Problema de audición | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Anote cualquier problema de salud ACTUAL: _____

Anote medicamentos actuales: Ninguno

Medicamento	Dosis	Fecha Prescrita	Razon de uso	Prescrito por

Medicamentos actuales sin receta (incluye vitaminas, remedios de hierba o casero, etc.): _____

Nombre de su Médico General: _____ Teléfono: _____

¿Desea que su terapeuta coordine este tratamiento con el pediatra del niño/a? Si No

KARITAS COUNSELING
INFORMACION DEL CLIENTE – NINOS/AS O ADOLESCENTES
INFORMACION INTERPERSONAL/SOCIAL/CULTURAL

Describe la red de apoyo social de su hijo (marque todas las que apliquen):

- Familia Vecinos Amistades Compañeros de trabajo Apoyo o Grupo de autoayuda
 Grupo de la comunidad Centro religioso o espiritual: (¿cuál?) _____

Como identificaría su hijo/a su orientación sexual? heterosexual lesbiana/homosexual bisexual transexual inseguro asexual otro: _____ prefiero no responder

Raza: Caucásico/a Americano negro o Africano Asiático/a Otro: _____

Etnicidad: Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a Otro: _____

Si el niño/a esta teniendo dificultades debido a problemas culturales o étnicos, describa: _____

¿Qué importancia tienen los asuntos espirituales para el niño/a? Ninguna Un Poco Algo Mucho

¿Le gustaría que las creencias espirituales / religiosas se incorporen a la asesoría del niño/a? No Si, describa. _____

¿Está el niño/a satisfecho con su vida social actual? No Si, describa. _____

Describe las fortalezas, habilidades y talentos del niño/a. _____

Describe áreas especiales de interés o aficiones (arte, libros, acondicionamiento físico, etc.): _____

INFORMACION LEGAL

¿Alguna vez el niño/a ha estado bajo la tutela de CPS? No Si, describa. _____

¿Tiene el niño/a algún delito legal registrado o pendiente en los tribunales? No Si, describa. _____

For Therapist Use Only:

MSE: Orientation: Time Person Place **General Appearance:** Neat Unkempt Bizarre
Mood: Relaxed Anxious Fearful Suspicious Depressed Irritable Angry Euphoric Guarded
Affect: Appropriate/Congruent Inappropriate Blunted Flat Constricted Expansive
Speech: Rapid Slow Ordinary Hesitant verbose Mute Loud Soft Rambling Incoherent
Cognition: Easily distractible preoccupied denial sufficient
Thought Patterns: Coherent Confused Disorganized Delusional Tangential Other: _____
Insight: Good Limited Poor None **Judgment:** Good Fair Poor

Risk Assessment:

Suicidal: Current Ideation Plan Attempt(s) none disclosed
 Past Ideation Plan Attempt(s)

Please explain: _____

Homicidal: Current Ideation Plan Attempt(s) none disclosed
 Past Ideation Plan Attempt(s)

Describe: _____

General Impression of risk to self or others: _____

Diagnostic Impression (include dsm-v code): _____

Recommendation(s): Individual counseling Family Counseling Substance abuse education
 Substance abuse counseling Parenting Domestic violence education Other: _____

Suggested treatment plan goals: _____

Clinician Signature and Title

Date