



INSTRUCCIONES: Por favor llene el formulario precisamente y completamente. Por favor conteste todas las preguntas.

Fecha de Hoy: _____

de Cliente: _____

Información del Niño/Adolescente

Primer Nombre del Niño/Adolescente Inicial M. Apellido

Nombre de Preferencia _____ Pronombre Preferido(s): _____

Dirección Postal Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Grado: _____ Escuela: _____

de Estudiante _____ País de Nacimiento: _____

POR FAVOR MARQUE UNO

Identificación de Genero:	Femenino	Masculino	Genero No Listado _____ (por favor especifique)	
Raza:	Blanca Negra	Asiática Nativa Americana	Nativa Hawaiana/Isleña Pacífica Dos o Más/Multirracial _____ (por favor especifique)	
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino		
Niño /Adolescente Idioma Principal Hablado:	Inglés		Español	Francés Criollo
	Otro (por favor especifique) _____			
Nivel de Inglés Hablado:	Fluido	Limitado	Ninguno	
¿Necesita Intérprete?	Sí	No		
Nivel de Educación:	Primaria	Intermedia	Diploma/GED	Algo de Educación Superior



Información del Padre o Guardián Legal (1)

Primer Nombre	Inicial M.	Apellido
Dirección Postal	Ciudad	Código Postal
# de Celular _____	Podemos llamar o dejar un mensaje?	Sí No
# de trabajo _____	Podemos llamar o dejar un mensaje?	Sí No
Email: _____	Podemos enviarle las formas?	Sí No
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Empleador: _____ # de años empleado: _____		
País de Nacimiento: _____		

POR FAVOR MARQUE UNO

Identificación de Genero:	Femenino	Masculino	Genero No Listado _____ (por favor especifique)
Raza:	Blanca Negra	Asiática Nativa Americana	Nativa Hawaiana/Isleña Pacifica Dos o Más/Multirracial _____ (por favor especifique)
Etnicidad:	Hispano/Latino	Non-Hispano/Latino	
Idioma Principal Hablado:	Inglés	Español	Francés Criollo
	Otro (por favor especifique) _____		
Nivel de Inglés Hablado:	Fluido	Limitado	Ninguno
¿Necesita Intérprete?	Sí	No	
Estado Paternal:	Biológico	Adoptivo	Foster Padraastro
	Otro (Por favor Especifique) _____		
Estado Civil:	Casado Viviendo Juntos	Divorciado Soltero/Nunca casado	Separado Viudo
Nivel de Educación:	Escuela Primaria Algo de Educación Superior/Asociado	Escuela Intermedia Bachillerato	Diploma/GED Maestría Doctorado
Estado de Empleo:	Empleado	Desempleado	Retirado

Información del Padre o Guardián Legal (1)

Primer Nombre _____	Inicial M. _____	Apellido _____
Dirección Postal _____	Ciudad _____	Código Postal _____
# de Celular _____	Podemos llamar o dejar un mensaje?	Sí No
# de trabajo _____	Podemos llamar o dejar un mensaje?	Sí No
Email: _____	Podemos enviarle las formas?	Sí No
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Empleador: _____ # de años empleado: _____
País de Nacimiento: _____		

POR FAVOR MARQUE UNO

Identificación de Género:	Femenino	Masculino	Genero No Listado _____ (por favor especifique)
Raza:	Blanca Negra	Asiática Nativa Americana	Nativa Hawaiana/Isleña Pacifica Dos o Más/Multirracial _____ (por favor especifique)
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino	
Idioma Principal Hablado:	Inglés	Español	Francés Criollo Otro (por favor especifique) _____
Nivel de Inglés Hablado:	Fluido	Limitado	Ninguno
¿Necesita Intérprete?	Sí	No	
Estado Paternal:	Biológico	Adoptivo	Foster Padrastro Otro (Por favor Especifique) _____
Estado Civil:	Casado Viviendo Juntos	Divorciado Soltero/Nunca casado	Separado Viudo
Nivel de Educación:	Escuela Primaria Algo de Educación Superior/Asociado	Escuela Intermedia Bachillerato	Diploma/GED Maestría Doctorado
Estado de Empleo:	Empleado	Desempleado	Retirado

Información General

Ingreso del Hogar: (marque uno) \$0-24,999 \$25,000-49,000 \$50,000-99,000 Sobre \$100,000

¿Tiene transportación? (marque uno) Sí No Si no, tipo (ejemplo, autobús, Uber, taxi) _____

Cómo se enteró de nuestros servicios? (marque uno) Agencia Comunitaria Corte Hospital Cliente anterior
Practica Privada Internet Escuela Otro (por favor especifique) _____

Preocupación(es) Principal(es)/Razones por las que busca tratamiento:

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

¿Qué cambios esperas participando en nuestros servicios? _____

Fortalezas de la Familia:

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

Historia Medica/Psiquiátrica/Servicios Escolares

¿Está el joven actualmente tomando medicamentos recetados? (marque uno) No Sí Listar: _____

¿En el pasado, el joven ha tomado medicamentos recetados? (marque uno) No Sí Listar: _____

Esta el joven/familia recibiendo servicios de otro profesional/agencia? (marque uno) No Sí

Listar: _____

En el pasado, el joven/la familia ha recibido servicios de otro profesional/agencia? (marque uno) No Sí

Listar: _____

El joven tiene un historial de hospitalizaciones psiquiátricas? (marque uno) No Sí

En caso afirmativo, escriba las fechas y razones: _____

Servicios escolares especializados: (marque uno)

Plan de Educación Individualizada (IEP):	Actual	Pasado	Nunca
Plan 504 :	Actual	Pasado	Nunca
Respuesta al Plan de Intervención (RTI):	Actual	Pasado	Nunca
Terapia de lenguaje u ocupacional :	Actual	Pasado	Nunca
Idioma/ESOL:	Actual	Pasado	Nunca
Otro (por favor especifique) _____			



Cuestionario de Historia Juvenil y Familiar

Por favor responda TODAS las preguntas.

Actual = dentro de los últimos 6 meses

Pasado = más de 6 meses



PREOCUPACIONES ESCOLARES	Actual	Pasado	Nunca	CORTE/ LEGAL	Actual	Pasado	Nunca
Malas notas/calificaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordenado por la corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referido por la corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias excesivas/ Falta a clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Family Violence Intervention (FVIP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Juvenile Diversion Alternative (JDAP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repitió un año escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Youth Firesetter Intervention (YFIP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detenciones escolares/ referidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Corte Juvenil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expulsión escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referido por el DCF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referido por la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación de familia en Sistema legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias excesivas a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES EMOCIONALES	Actual	Pasado	Nunca
PREOCUPACIONES DE CONDUCTA	Actual	Pasado	Nunca	Ansioso/Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta de búsqueda de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrespetuoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duelo/ Pérdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disruptivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos homicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno/problema alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enciende fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abusa/lastima a los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES SOCIALES	Actual	Pasado	Nunca
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimida a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimidado por otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecindario peligroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicamente agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juega videojuegos excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa profanidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión de grupo/amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huye de lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoestima baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño a si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal uso de redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento sexual inapropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema con las actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos/problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se retira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defeca en la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA	Actual	Pasado	Nunca
Roba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica			
Orina en la ropa o cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbalmente agresivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUSO DE SUSTANCIAS	Actual	Pasado	Nunca	<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación por el consumo de alcohol				Abuso emocional			
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación por el consume de drogas				Encarcelamiento			
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Preocupaciones de la Salud Física			
				<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

