

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

HISTORIAL GENERAL DE NIÑOS/AS

I. Datos de Identificación

Nombre del o la paciente	
Sexo	
Edad	
Fecha de Nacimiento	
Fecha de Evaluación	
Nombre de la Escuela	
Grado	
Número de Expediente	

II. Motivo de Referido

III. Identificación de los padres o encargado/a principal

	Madre	Padre	Encargado/a principal
Nombre			
Teléfono residencial			
Dirección residencial			
Dirección postal			
Celular			
Edad			
Estado civil			
Preparación académica			
Ocupación			
Lugar de trabajo			
Teléfono trabajo			

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

IV. Historial Familiar

Composición del núcleo familiar:

Nombre	Edad	Relación

¿Con quién se pasa el/la niño/a la mayor parte del tiempo? _____

V. Historial de Desarrollo

Etapa prenatal

Duración del embarazo: _____

Complicaciones durante el embarazo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Uso de drogas/ alcohol | <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de aborto | <input type="checkbox"/> Preclampsia | <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades | <input type="checkbox"/> Tensión emocional | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Caídas o accidentes | <input type="checkbox"/> Contracciones prematuras | <input type="checkbox"/> Sangrado |

Explique:

Etapa perinatal

Tipo de parto

- Normal vaginal Cesárea

Duración del parto: _____

¿Hubo complicaciones en el proceso de parto? Explique. _____

Etapa posnatal

Al nacer, ¿cuánto pesó? _____ ¿Cuánto midió? _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

¿Presentó el/la niño/a alguna complicación o condición al nacer? Explique:

Condiciones de salud que el/la niño/a padece o ha padecido:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones de garganta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pulmonía/bronquitis | <input type="checkbox"/> Fiebres altas |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | |

Comentarios: _____

¿Ha sufrido el/la niño/a cirugías?

¿Cuáles? _____

Describa accidentes u hospitalizaciones. _____

¿Cuál es la condición actual de salud del o la niño(a)? _____

¿El/la niño/a) está tomando algún medicamento en la actualidad? ¿Cuáles y para qué condición? _____

¿Tiene el niño(a) algún tipo de problema físico, psicológico o mental? Explique. _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

Indique en cuáles de estas áreas ha sido evaluado y la fecha (aproximadamente).

- Audiológica _____ Neurológica _____
- Terapia del habla _____
- Psicológica _____
- Terapia ocupacional _____

¿Ha recibido o recibe algún servicio de terapia? _____ En caso afirmativo, ¿en qué disciplinas o áreas? _____

¿Cuándo comenzó el servicio y por cuánto tiempo? _____

¿Dónde lo recibió y cuál es el nombre del(los) especialista(s)? _____

VI. Historial Médico

Algún miembro de la familia ha padecido de:

Condición	Sí	No	¿Quién?
VIH/SIDA			
Intentos suicidas/Problemas de salud mental (especifique)			
Enfermedad del Corazón			
Cáncer			
Presión alta			
Problemas de tiroides			
Alergia			
Asma/Fatiga			
Desórdenes Mentales			
Abuso de alcohol/Drogas			
Problemas de Aprendizaje			
Violencia Doméstica			
Otros: _____			

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

VII. Historial de desarrollo motor y actividades del diario vivir

Destreza	Edad aproximada que inició actividad	No logrado (marque las que aplique).
Se volteó en la cuna		
Se sentó sin ayuda		
Gateó		
Caminó sin ayuda		
Empezó a orinar en el inodoro		
Empezó a evacuar en el inodoro		
Comió solo con cuchara		
Se quitó la ropa solo		
Se vistió solo		
Se bañó solo		

En términos generales, ¿considera que el desarrollo motor de su niño(a) fue adecuado? _____

¿A qué edad estableció el niño(a) su lateralidad (mano que prefiere usar)?

¿Qué mano prefiere? _____

VIII. Historial Académico

¿Asiste actualmente a alguna escuela, centro de cuidado o escuela pre-maternal? ¿Cuál y en qué nivel o grado se encuentra? _____

¿A qué edad inició la escuela? Indique si asistió a Head Start, Kinder o pre-kinder. _____

¿Cómo ejecuta el/la niño/a en la escuela o centro con relación a los/as demás?

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

¿Presenta dificultad con alguna/s clase/s en particular?
¿Cuál(es)? _____

¿Ha participado el/la niño/a de clases o grupos especiales?

Explique. _____

¿Cómo se siente el/la niño/a en la escuela? _____

¿Ha fracasado algún grado? ¿Cuál o cuáles? _____

¿Ha cambiado de escuela? ¿Cuántas veces? _____

Aprovechamiento académico:

Excelente

Satisfactorio

Bueno

Deficiente

Fracasado (# de veces) _____

Comentarios: _____

IX. Historial Psicosocial

¿Cómo se relaciona su niño/a con los/as demás (niños, adultos, familiares, o extraños)? _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

¿Presenta algún problema de conducta? Explique. _____

¿Quién o quiénes lo/a disciplinan? ¿De qué manera?

Marque aquellas conductas que su niño(a) presenta:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresividad | <input type="checkbox"/> Llantos frecuentes | <input type="checkbox"/> Tristeza o depresión |
| <input type="checkbox"/> Se auto-agrede | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Tics nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | | |

¿Cómo usted describiría a su hijo(a)? (ej. feliz, temeroso, tranquilo, inquieto...) _____

Nivel de actividad de su hijo(a):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Inquieto |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo (muy inquieto) | <input type="checkbox"/> Hipoactivo (muy tranquilo) |

Nivel de atención:

- | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adecuado | <input type="checkbox"/> Difícil de mantener | <input type="checkbox"/> Variable |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|

Comentarios: _____

Mencione los intereses o pasatiempos de su hijo(a) _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

¿Qué es lo que más le preocupa de su hijo(a) en la actualidad? _____

X. Historial Psiquiátrico

Condición psiquiátrica	Fecha de inicio (aproximadamente)	Medicamento/s y/o Tratamiento/s
1.		
2.		
3.		

¿Es la primera vez que su hijo/a acude a ayuda psicológica? ___ Sí ___ No

De haber contestado No, favor de indicar la duración del pasado tratamiento:

Diagnóstico otorgado por especialista anterior: _____

¿Esta usted de acuerdo con dicho diagnóstico?: ___ Sí ___ No Explique

Alguna otra preocupación sobre el estado anímico o mental de su hijo/a:

XI. ESTADO MENTAL

Apariencia

- Arreglo y aseo personal

- Descuidado/a
- Exageradamente arreglado/a
- Falta de aseo personal

- Fascie

- Triste
- Alegre
- Inexpresivo/a
- Ansioso/a

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

- Edad

- Edad aparente acorde con edad cronológica
- Aparenta mayor edad
- Aparenta menor edad

- Peso

- Obeso
- Sobrepeso
- Bajo el peso
- Adecuado

- Actitud

- Adecuada según el contexto / Positiva
- Hostil
- Desconfiado/a

Orientación

- Tiempo
- Lugar/espacio
- Persona
- Desorientación

Consciencia

- Embotamiento (atención fatigable)
- Somnolencia
- Coma
- Adecuado

Atención

- Aproxesia (falta de atención)
- Hipoproxesia (reducción de la capacidad de atención)
- Hiperproxesia (aumento de atención)

Concentración

- Conservada
- Aumentada
- Disminuida

Memoria Inmediata

- Conservada
- Disminuida

Memoria de Trabajo

- Conservada
- Disminuida

Memoria Reciente

- Conservada
- Disminuida

Juicio

- Desviado
- Adecuado

Pensamiento y lenguaje

- Lenguaje

- Taquipsiquia (aumento en velocidad)
- Fuga de ideas
- Bradipsiquia (disminución de velocidad)

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

- Inhibición
- **Pensamiento**
- Circunstancial
- Tangencial
- Oposicional
- Concreto
- Perseverativo
- Neologismo
- Disgregado
- Otro/s: _____

Contenido

- Ideas paranoides
- Ideas místico-religiosas
- Ideas de persecución
- Ideas somáticas
- Ideas de control
- Ideas de grandiosidad
- Alucinaciones auditivas
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones olfativas y gustativas
- Alucinaciones táctiles
- Pseudo alucinaciones
- Otra/s: _____
- Descripción del contenido:

Afectividad

- **Humor**
- Alegría
- Ansiedad
- Tristeza
- Coraje
- Culpa
- Otro/s: _____
- **Expresión**
- Aplanada
- Exaltada
- Inapropiada
- Disminuido

Psicomotricidad

- Tic
- Temblor
- Manierismos
- Agitación
- Inhibición

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

Nivel Intelectual (aproximado)

- Promedio Alto
- Promedio Medio
- Promedio Bajo

Apetito

- Aumentado
- Normal
- Disminuido

Ideación suicida / homicida

- ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo/a? ___ Sí ___ No
- ¿Cuántas veces? _____
- Indique la fecha aproximada de la última vez que lo intentó:

- ¿Tenía algún plan estructurado (hora, día, lugar, etc.)?
___ Sí ___ No

Explique: _____

- ¿Ha intentado hacerle daño a otra/s persona/s? ___ Sí ___ No
- ¿Cuántas veces? _____
- Indique la fecha aproximada de la última vez que lo intentó:

- ¿Tenía algún plan estructurado (hora, día, lugar, etc.)?
___ Sí ___ No

Explique: _____

Motivación para recibir ayuda psicológica

- Sí
- Neutral
- No

XII. IMPRESIÓN CLÍNICA

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Nombre de la persona que completó el formulario: _____

Relación con el niño(a): _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del o la especialista: _____

Firma y # de licencia: _____

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Psicóloga Clínica
Licencia # 2629
(787)-236-8733
PLAN DE TRATAMIENTO

Sintomatología	Tratamiento
1.	
2.	
3.	

Metas a corto plazo:

Diagnóstico:
