



SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th Avenue, Truth or Consequences

Hospital:/Hospital: 575.894.2111 Clinics:/Clínicas:
575.894.3221

NEW PEDIATRIC PATIENT/NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

Behavioral Health/Salud conductual

Today's Date:/Fecha de hoy: _____ / _____ / _____

Form filled out by:/Formulario completado por: ☐ Self/Paciente ☐ Other/Otro

Name/Nombre _____ Relationship:/Relación: _____

Name:/Nombre: _____

Date of Birth:/Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Social Security Number:/Número del Seguro Social: _____

Phone Number:/Número de teléfono: _____

Accompanied by:/Acompañado por: _____

Relationship:/Relación: _____

Is there a custody agreement?/¿Existe un acuerdo de custodia? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Gender of minor:/Sexo del menor: ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino

Current Address:/Dirección actual: _____

Primary Language:/Idioma principal: _____ Criminal Justice

Referral:/Derivación a la justicia penal: ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Legal Guardian/Tutor legal

Name:/Nombre: _____

Phone Number:/Número de teléfono: _____

Relationship:/Relación: _____

Address:/Dirección: _____

Emergency Contact/Contacto de emergencia

Name:/Nombre: _____

Phone Number:/Número de teléfono: _____

Relationship:/Relación: _____

Address:/Dirección: _____

Primary Care Doctor/Médico de atención primaria

Name:/Nombre: _____

Phone Number:/Número de teléfono: _____

Clinic Name:/Nombre de la clínica: _____

Address:/Dirección: _____

Referred by (if any):/Derivado por (si corresponde): _____

Is your child currently or is there a chance your child may be pregnant?/¿Su hija está embarazada actualmente o existe la posibilidad de que esté embarazada? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Has your child been arrested in the last 30 days?/¿Su hijo(a) ha sido arrestado(a) en los últimos 30 días? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

What is your Primary Source of Income?/¿Cuál es su fuente principal de ingresos? _____

What is your Primary Source of Payment?/¿Cuál es su fuente principal de pago? _____

History/Antecedentes

Has your child previously received any type of mental health services/¿Su hijo(a) ha recibido anteriormente algún tipo de servicio de salud mental ☐ Yes/Sí ☐ No/No
(psychotherapy, psychiatric services, etc.)?(psicoterapia, servicios de psiquiatría, etc.)?

If yes, who was your child's previous therapist/practitioner?/En caso afirmativo, ¿quién era el anterior terapeuta/profesional de su hijo(a)? _____

Is your child currently taking any prescription medications?/¿Su hijo(a) toma actualmente algún medicamento recetado? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

If yes, please list:/En caso afirmativo, por favor, enumérelas: _____

Has your child had any extended separation from parents?/¿Su hijo(a) ha tenido alguna separación prolongada de sus padres? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

If yes, please describe:/En caso afirmativo, describa: _____

Does your child have any allergies to medications?/¿Su hijo(a) tiene alergia a algún medicamento? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

If yes, please list the medications:/En caso afirmativo, enumere los medicamentos: _____

Safety/Seguridad

Has your child had any suicidal/self-harm thoughts in the past month?/¿Su hijo(a) ha tenido pensamientos suicidas o se ha autolesionado en el último mes? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Has your child had any suicidal thoughts?/¿Su hijo(a) ha tenido pensamientos suicidas? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Has your child ever attempted suicide?/¿Su hijo(a) ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Has any immediate family or “extended family” (i.e., aunts, uncles, cousins, grandparents) or close friends ever attempted suicide?/¿Algún familiar directo o miembro de la "familia ampliada" (es decir, tíos, tías, primos, abuelos) o amigo cercano ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Yes/Sí ☐ No/No

If you answered yes to any of the above, please explain:/Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, explique:

Family History/Antecedentes familiares

Members of Household/Miembros del hogar

Name/Nombre	Age/Edad	Occupation/Ocupación	Relationship/Relación

Additional Significant Family Members/Otros miembros importantes de la familia

Name/Nombre	Age/Edad	Occupation/Ocupación	Relationship/Relación

Development History/Antecedentes del desarrollo

Mother’s health during pregnancy:/Salud de la madre durante el embarazo:

Parental use of drugs, alcohol, or cigarettes during pregnancy:/Consumo de drogas, alcohol o cigarrillos por parte de los padres durante el embarazo: ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Prenatal Care:/Atención prenatal: ☐ Yes/Sí ☐ No/No

Postnatal Care:/Atención posnatal:

☐ Yes/Sí ☐ No/No

Were there any complications during pregnancy or delivery?/¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? _____

Were there any health problems noted at birth?/¿Se observó algún problema de salud en el momento del nacimiento? _____

Was your child a full-term pregnancy?/¿Su hijo(a) nació tras un embarazo a término?

☐ Yes/Sí ☐ No/No

Did your child have any of the following (please check):/¿Su hijo(a) tuvo algo de lo siguiente? (marque con una cruz):

☐ Delayed/Advanced sitting up/Retraso/anticipación en sentarse ☐ Delayed/Advanced speech/Retraso/anticipación en el habla

☐ Delayed/Advanced walking/Retraso/anticipación en la marcha ☐ Coordination difficulties/Dificultades de coordinación ☐ Bed-wetting/Enuresis nocturna

Other:/Otro: _____

How is your child's appetite?/¿Cómo es el apetito de su hijo(a)? ☐ Very good/Muy bueno

☐ Good/Bueno ☐ Satisfactory/Satisfactorio ☐ Unsatisfactory/Insatisfactorio ☐ Poor/Malo

How is your child sleeping?/¿Cómo es el sueño de su hijo(a)? ☐ Very good/Muy bueno

☐ Good/Bueno ☐ Satisfactory/Satisfactorio ☐ Unsatisfactory/Insatisfactorio ☐ Poor/Malo

How are your child's friendships?/¿Cómo son las amistades de su hijo(a)? ☐ Very good/Muy bueno

☐ Good/Bueno ☐ Satisfactory/Satisfactorio ☐ Unsatisfactory/Insatisfactorio ☐ Poor/Malas

How is your child's activity level?/¿Cómo es el nivel de actividad de su hijo(a)? ☐ Inactive/Inactivo

☐ Average/Medio ☐ Overactive/Hiperactivo

How is your child nurtured?/¿Cómo se educa a su hijo(a)? _____

How is your child disciplined?/¿Cómo se disciplina a su hijo(a)? _____

Personal Medical History/Antecedentes médicos personales ☐ None/Ninguno

✓	Disease / Condition/Enfermedad / Afección	Date of Diagnosis/Fecha de diagnóstico
	Alcoholism/Drug use/Alcoholismo/Consumo de drogas	
	Asthma/Asma	
	Cancer (type/Cáncer (tipo: _____)	
	Depression / Anxiety/Depresión/Ansiedad	

	Suicidal / Bipolar/ <i>Tendencia suicida/Trastorno bipolar</i>	
	Diabetes/ <i>Diabetes</i>	
	COPD/ <i>EPOC</i>	
	Heart disease (heart attack, murmur, abnormal rhythm)/ <i>Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, soplo cardíaco, ritmo cardíaco anormal)</i>	
	High blood pressure/ <i>Hipertensión arterial</i>	
	High cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>	
	Kidney disease/ <i>Enfermedad renal</i>	
	Kidney stones/ <i>Cálculos renales</i>	
	Thyroid disease/ <i>Enfermedad tiroidea</i>	
	Migraine/headache/ <i>Migraña/dolor de cabeza</i>	
	Stroke/ <i>Accidente cerebrovascular</i>	
	Anemia/ <i>Anemia</i>	
	Stomach issues (ulcers, heartburn, etc.)/ <i>Problemas estomacales (úlceras, acidez estomacal, etc.)</i>	
	Liver disease/ <i>Enfermedad hepática</i>	
	Seizures/Epilepsy/ <i>Convulsiones/Epilepsia</i>	
	Crohn's Disease/Ulcerative Colitis/ <i>Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa</i>	
	Bleeding issues/ <i>Problemas hemorrágicos</i>	
	Prostate issues/ <i>Problemas de próstata</i>	

Family Psychiatric History/*Antecedentes psiquiátricos familiares*

☐ None/*Ninguno*

☐ Unknown/*Desconocido*

Please check all that apply/ <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i>	Alcohol/drug use/ <i>Consumo de alcohol o drogas</i>	Anxiety/ <i>Ansiedad</i>	Depression/ <i>Depresión</i>	Domestic Violence/ <i>Violencia doméstica</i>	Eating Disorders/ <i>Trastornos alimentarios</i>	Obesity/ <i>Obesidad</i>	Obsessive Compulsive Disorder/ <i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Schizophrenia/ <i>Esquizofrenia</i>	Suicide Attempts/ <i>Intentos de suicidio</i>	Other:/ <i>Otro:</i> _____
Mother/ <i>Madre</i>										
Father/ <i>Padre</i>										
Brother/ <i>Hermano</i>										
Sister/ <i>Hermana</i>										
Child/ <i>Hijo(a)</i>										
Maternal Grandmother/ <i>Abuela materna</i>										
Maternal Grandfather/ <i>Abuelo materno</i>										
Paternal Grandmother/ <i>Abuela paterna</i>										
Paternal Grandfather/ <i>Abuelo paterno</i>										

Social History/Antecedentes sociales

Occupation:/Ocupación: ☐ Student/Estudiante ☐ Disabled/Discapacitado ☐ Retired/Jubilado ☐ Unemployed/Desempleado	
Employer / School:/Empleador/Escuela:	Years of Education / Highest Degree:/Años de educación/Título más alto:
Does your child enjoy work / school?/¿A su hijo(a) le gusta trabajar o ir a la escuela?	
Is there anything stressful about your child's work / school?/¿Hay algo estresante en el trabajo o escuela de su hijo(a)?	
Marital status:/Estado civil: ☐ Single/Soltero(a) ☐ Married/Casado(a) ☐ Divorced/Divorciado(a) ☐ Widowed/Viudo(a)	
Does your child have children?/¿Su hijo(a) tiene hijos? ☐ NA/NC ☐ Yes/Sí ☐ No/No If yes, how many:/En caso afirmativo, cuántos: _____	
Do they live with your child?/¿Viven con su hijo(a)? ☐ Yes/Sí ☐ No/No	
Does your child use tobacco?/¿Su hijo(a) consume tabaco? ☐ Yes/Sí ☐ No/No ☐ Cigarettes/Cigarrillos ☐ Cigars/Cigarros ☐ Vaping/Vapeo ☐ Chewing tobacco/Tabaco de mascar	
<u>Answer if CURRENT USER/Responda si es</u> <u>USUARIO(A) ACTUAL</u> How many per day?/¿Cuántos al día? _____ How many years?/¿Cuántos años? _____ Are you interested in quitting?/¿Está interesado(a) en dejar de fumar? _____	<u>Answer if FORMER USER/Responda si es</u> <u>ANTIGUO(A) USUARIO(A)</u> Quit date:/Fecha de abandono: _____ How many per day?/¿Cuántos al día? _____ How many years?/¿Cuántos años? _____
Does your child drink alcohol?/¿Su hijo(a) bebe alcohol? ☐ Yes/Sí ☐ No/No If yes, how many drinks per day?/En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día?	
Does your child use any recreational substances?/¿Su hijo(a) consume alguna sustancia recreativa?	
☐ Yes/Sí ☐ No/No	

Has your child ever used needles to inject drugs?/ <i>¿Su hijo(a) ha usado alguna vez agujas para inyectarse drogas?</i> ☐ Yes/Sí ☐ No/No
Is your child sexually active?/ <i>¿Su hijo(a) es sexualmente activo(a)?</i> ☐ Yes/Sí ☐ No/No Birth control method:/ <i>Método anticonceptivo:</i> ☐ None/Ninguno ☐ Condom/Condón ☐ Pill/Pildora ☐ Patch/Parche ☐ Ring/Anillo ☐ Nexplanon/Nexplanon ☐ IUD/DIU ☐ Depo Provera/Depo Provera
Does your child exercise regularly?/ <i>¿Su hijo(a) hace ejercicio con regularidad?</i> ☐ Yes/Sí ☐ No/No How long?/<i>¿Cuánto tiempo?</i> _____ How often?/<i>¿Con qué frecuencia?</i> _____

Behavioral / Habitual Concerns (Please check all that apply):/Preocupaciones relacionadas con el comportamiento/los hábitos (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Temper Tantrums/ <i>Rabietas</i>
☐ Fears/ <i>Miedos</i>
☐ Disobedience/ <i>Desobediencia</i>
☐ Anxiety/ <i>Ansiedad</i>
☐ Fine Motor Skills/ <i>Habilidades de motricidad fina</i>
☐ Eating/ <i>Alimentación</i>
☐ Easily Frustrated/ <i>Se frustra con facilidad</i>
☐ Clumsiness/ <i>Torpeza</i>
☐ Interrupts Adults/ <i>Interrumpe a los adultos</i>
☐ Sleeping/ <i>Sueño</i>
☐ Self-Esteem/ <i>Autoestima</i>
☐ Restless / Overactive/ <i>Inquieto/hiperactivo</i>
☐ Disruptive at School/ <i>Disruptivo en la escuela</i>
☐ Hurts Animals/ <i>Lastima a los animales</i>
☐ Lack of Empathy/ <i>Falta de empatía</i>
☐ Aggression/ <i>Agresión</i> | ☐ Stealing/ <i>Hurto</i>
☐ Mood Swings/ <i>Cambios de humor</i>
☐ Attention Span/ <i>Capacidad de atención</i>
☐ Awareness of Danger / Safety Issues/ <i>Conciencia del peligro / Problemas de seguridad</i>
☐ Language / Speech/ <i>Lenguaje/habla</i>
☐ Gross Motor Control/ <i>Control de la motricidad gruesa</i>
☐ Attachment Concerns/ <i>Problemas de apego</i>
☐ Memory/ <i>Memoria</i>
☐ Fighting/ <i>Peleas</i>
☐ Accident Prone/ <i>Propensión a accidentes</i> |
|---|---|

Other Providers/Specialists/Otros proveedores/especialistas

☐ **None/Ninguno**

Providers/Facility/Proveedores/Centro	Specialty/Especialidad	Phone Number/Número de teléfono

What would you, or others, consider to be your child's strengths?/¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, los puntos fuertes de su hijo(a)? _____

What would you, or others, consider to be your child's weaknesses?/¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, los puntos débiles de su hijo(a)? _____

What does your child want to accomplish during therapy sessions?/¿Qué es lo que su hijo(a) desea lograr durante las sesiones de terapia? _____
