



# SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9<sup>th</sup> Avenue, Truth or Consequences

Hospital: 575.894.2111 Clínicas: 575.894.3221

## NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

### Salud conductual

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Formulario completado por: ☐ Paciente ☐ Otro Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Acompañado por: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Existe un acuerdo de custodia? ☐ Sí ☐ No

Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Derivación a la justicia penal: ☐ Sí ☐ No

#### Tutor legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

#### Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

#### Médico de atención primaria

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Derivado por (si la hubiera): \_\_\_\_\_

¿Su hija está embarazada actualmente o existe la posibilidad de que pueda estar embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ha sido arrestado(a) en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su fuente principal de ingresos? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su fuente principal de pago? \_\_\_\_\_

## Antecedentes

¿Su hijo(a) ha recibido anteriormente algún tipo de servicio de salud mental (psicoterapia, servicios de psiquiatría, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién era el anterior terapeuta/profesional de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma actualmente algún medicamento recetado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor, enumérelos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido alguna separación prolongada de sus padres? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos: \_\_\_\_\_

## Seguridad

¿Su hijo(a) ha tenido pensamientos suicidas o se ha autolesionado en el último mes? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ha tenido pensamientos suicidas? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Sí ☐ No

¿Algún familiar directo o miembro de la “familia ampliada” (es decir, tíos, tías, primos, abuelos) o amigo cercano ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Sí ☐ No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, explique:

---

---

## Antecedentes familiares

### Miembros del hogar

Nombre	Edad	Ocupación	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Otros miembros importantes de la familia

Nombre	Edad	Ocupación	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Antecedentes del desarrollo

Salud de la madre durante el embarazo:

Consumo de drogas, alcohol o cigarrillos por parte de los padres durante el embarazo: ☐ Sí ☐ No

Atención prenatal: ☐ Sí ☐ No

Atención posnatal: ☐ Sí ☐ No

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_

¿Se observó algún problema de salud en el momento del nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) nació tras un embarazo a término? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) tuvo algo de lo siguiente? (marque con una cruz):

☐ Retraso/anticipación en sentarse ☐ Retraso/anticipación en el habla

☐ Retraso/anticipación en la marcha ☐ Dificultades de coordinación ☐ Enuresis nocturna

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo es el apetito de su hijo(a)? ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Satisfactorio ☐ Insatisfactorio ☐ Malo

¿Cómo es el sueño de su hijo(a)? ☐ Muy bueno ☐ Bien ☐ Satisfactorio ☐ Insatisfactorio ☐ Malo

¿Cómo son las amistades de su hijo(a)? ☐ Muy buenas ☐ Buenas ☐ Satisfactorias ☐ Insatisfactorias ☐ Malas

¿Cómo es el nivel de actividad de su hijo(a)? ☐ Inactivo ☐ Medio ☐ Hiperactivo

¿Cómo se educa a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Cómo se disciplina a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

✓	Enfermedad / Afección	Fecha de diagnóstico
	Alcoholismo/Consumo de drogas	
	Asma	
	Cáncer (tipo: _____)	
	Depresión/Ansiedad	
	Tendencia suicida/Trastorno bipolar	
	Diabetes	
	EPOC	
	Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, soplo cardíaco, ritmo cardíaco anormal)	
	Hipertensión arterial	
	Colesterol alto	
	Enfermedad renal	
	Cálculos renales	
	Enfermedad tiroidea	
	Migraña/dolor de cabeza	
	Accidente cerebrovascular	
	Anemia	
	Problemas estomacales (úlceras, acidez estomacal, etc.)	
	Enfermedad hepática	
	Convulsiones/Epilepsia	
	Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa	
	Problemas hemorrágicos	
	Problemas de próstata	

**Antecedentes psiquiátricos familiares**☐ Ninguno☐ Desconocido

Marque todas las opciones que correspondan.	Consumo de alcohol o drogas	Ansiedad	Depresión	Violencia doméstica	Trastornos alimentarios	Obesidad	Trastorno obsesivo-compulsivo	Esquizofrenia	Intentos de suicidio	Otro: _____
Madre										
Padre										
Hermano										
Hermana										
Hijo(a)										
Abuela materna										
Abuelo materno										
Abuela paterna										
Abuelo paterno										

**Antecedentes sociales**

Ocupación: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado	
Empleador/Escuela:	Años de educación/Título más alto:



- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habilidades de motricidad fina | <input type="checkbox"/> Capacidad de atención                           | <input type="checkbox"/> Alimentación             |
| <input type="checkbox"/> Se frustra con facilidad       | <input type="checkbox"/> Conciencia del peligro / Problemas de seguridad | <input type="checkbox"/> Lenguaje/habla           |
| <input type="checkbox"/> Torpeza                        | <input type="checkbox"/> Control de la motricidad gruesa                 | <input type="checkbox"/> Interrumpe a los adultos |
| <input type="checkbox"/> Sueño                          | <input type="checkbox"/> Problemas de apego                              | <input type="checkbox"/> Autoestima               |
| <input type="checkbox"/> Inquieto/hiperactivo           | <input type="checkbox"/> Memoria   | <input type="checkbox"/> Disruptivo en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Lastima a los animales         | <input type="checkbox"/> Peleas  | <input type="checkbox"/> Falta de empatía         |
| <input type="checkbox"/> Agresión                       | <input type="checkbox"/> Propensión a accidentes                         |   |

**Otros proveedores/especialistas**      ☐ Ninguno

Proveedores/Centro	Especialidad	Número de teléfono

¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, los puntos fuertes de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, los puntos débiles de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que su hijo(a) desea lograr durante las sesiones de terapia? \_\_\_\_\_