



SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th 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): _____

Número de teléfono: _____

¿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)?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, por favor, enumérelos:

□ Sí □ No

En caso afirmativo, describa:

□ 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

□ 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)? _____

Antecedentes médicos personales Ninguno

<input checked="" type="checkbox"/>	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:			

¿A su hijo(a) le gusta trabajar o ir a la escuela?

¿Hay algo estresante en el trabajo o escuela de su hijo(a)?

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

¿Su hijo(a) tiene hijos? NC Sí No

En caso afirmativo, cuántos: _____

¿Viven con su hijo(a)? Sí No

¿Su hijo(a) consume tabaco? Sí No

Estado civil: Cigarrillos Cigarros Vapeo Tabaco de mascar

Responda si es USUARIO(A) ACTUAL

¿Cuántos al día? _____

¿Cuántos años? _____

¿Está interesado(a) en dejar de fumar? _____

Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)

Fecha de abandono: _____

¿Cuántos al día? _____

¿Cuántos años? _____

¿Su hijo(a) bebe alcohol? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día? _____

¿Su hijo(a) consume alguna sustancia recreativa? Sí No

¿Su hijo(a) ha usado alguna vez agujas para inyectarse drogas? Sí No

¿Su hijo(a) es sexualmente activo(a)? Sí No

Método anticonceptivo: Ninguno Condón Píldora Parche
 Anillo Nexplanon DIU Depo Provera

¿Su hijo(a) hace ejercicio con regularidad? Sí No

¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Preocupaciones relacionadas con el comportamiento/los hábitos (marque todas las que correspondan):

Rabietas Hurto Miedos

Desobediencia Cambios de humor Ansiedad

- | | | |
|---|--|---|
| <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? _____