



CHILD & ADOLESCENT INTAKE

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

INFORMACION DEL CLIENTE

FECHA _____

Nombre del niño(a)		Segundo nombre	Apellido		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono (Casa)		Celular		Teléfono (Trabajo)	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro			Idioma de Preferencia:
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Rehuso informar <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Más de 1 raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca					Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Rehuso informar

INFORMACION DEL SEGURO (Se requiere copia(s) de la(s) tarjeta(s) del asegurado)

Nombre del Seguro Primario:		Nombre del Seguro Secundario:	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento
Dirección del Suscriptor		Dirección del Suscriptor	
# de Teléfono del Suscriptor		# de Teléfono del Suscriptor	
Relación con el Cliente Asegurado <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> si mismo		Relación con el Cliente Asegurado <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> si mismo	
# de ID del Suscriptor	# de ID del Grupo	# de ID del Suscriptor	# de ID del Grupo

Contacto de emergencia o riesgo inminente:

Nombre: _____ # de Teléfono: _____ Relación: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ La Sección Amarilla _____ Abogado: _____
____ Amigo/Cliente _____ Doctor: _____
____ Internet _____ Otra agencia: _____
____ Orden de la corte _____ Otra: _____

Crossroads ofrece recordatorios para su consulta. Marque todas las formas en las que le gustaría recibir un recordatorio.

Que le llamen # de Teléfono: _____
 Mensaje de Texto # de Teléfono: _____
 Correo Electrónico Dirección de Email: _____

CHILD & ADOLESCENT INTAKE

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Individuos participando en la evaluación: _____

Información de la Persona Responsable

Nombre de la Persona Responsable _____ Relación con el cliente _____

Dirección de la Persona Responsable _____

¿Cuál es la mejor manera de contactar a la persona responsable? _____

Estado actual de la custodia: Padres Custodia de uno de los padres

Custodia legal conjunta

Custodia de DSS Otra: _____

Nombres de todas las personas que traerán a este(a) niño(a) a las sesiones de terapia _____

Información del Hogar

Situación actual de vivienda del cliente:

En casa con los padres/tutores Con otra familia Familia de acogida

Locación residencial Otra (explica) _____

Escriba los nombres de todos los miembros en su hogar:

Nombre	Su relación con el cliente	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escriba los nombres de otros miembros importantes que no viven con el cliente: _____

Información Familiar y Social

Preferencia espiritual _____

Nombre de cualquier sistema de apoyo: _____

Hora normal de acostarse: _____ Número de horas que duerme normalmente: _____

¿En dónde duerme su hijo(a)? _____

¿Cómo disciplina a su hijo(a) generalmente? _____

¿Cómo es la dieta de su hijo(a)? _____

CHILD & ADOLESCENT INTAKE

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Nuestro hogar es generalmente (cheque todas las que apliquen)

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silencioso | <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Altamente estructurado | <input type="checkbox"/> Muchos conflictos |
| <input type="checkbox"/> Ruidoso | <input type="checkbox"/> Activo/Ocupado | <input type="checkbox"/> Más relajado/sin estructura | <input type="checkbox"/> Tenso |

¿Qué actividades disfruta su hijo(a)?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Videojuegos | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Deportes |
| <input type="checkbox"/> TV/Películas | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Ir de compras |
| <input type="checkbox"/> Internet/computadora | <input type="checkbox"/> Arte/Manualidades | <input type="checkbox"/> Jugar afuera |
| <input type="checkbox"/> Estar con amigos | <input type="checkbox"/> Jugar con juguetes | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

¿Hay algo más que usted quiera que sepamos sobre la vida de su hijo(a) en su hogar? _____

Información de la Escuela

Nombre de la Escuela _____

Nombre del Maestro(a) _____

Grado ____ Rendimiento Académico: Excelente; Bueno; Regular; Deficiente; Reprobando(a)

Conducta en la escuela: Excelente; Buena; Regular; Deficiente; Reprobando(a)

¿Adaptaciones de Educación Especial existentes? (ej., IEP, 504 Plans, EC) No Sí

(Explique:) _____

Historial del Desarrollo

- Fue su hijo(a): Planeado(a) Amamantado(a) En una guardería
 No planeado(a) Criado(a) con biberón Criado(a) en el hogar
 Expuesto(a) a medicamentos/drogas/alcohol cuando estuvo en el vientre
 Embarazo o parto difícil o de alto riesgo

A qué edad su hijo(a): Habló _____ Caminó _____ Dejó los pañales _____

Describa cualquier retraso de desarrollo: _____

Historial Médico

¿Ha experimentado su hijo(a) lo siguiente? (por favor explique)

- Trauma de la niñez _____
 Enfermedades, lesiones, cirugías severas _____
 Alergias (alimentos, medicamentos, sustancias) _____
 Problemas médicos crónicos _____
 Historial médico familiar significativo _____
 Historial de salud mental familiar significativa _____
 Un diagnóstico previo de salud mental _____
 Un diagnóstico previo de un desorden del desarrollo _____

Médico cabecero _____

CHILD & ADOLESCENT INTAKE

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Medicamentos que actual toma:	Nombre	Dosis
<hr/>		

Nombre de la farmacia _____ # de Teléfono _____
 Dirección _____

Historial de Uso de Sustancias

Alcohol _____
 Drogas ilícitas _____
 Medicamentos con receta _____
 Tabaco No Fumador Fumador Ex fumador Derivados del tabaco
 Otras _____

Historial de Tratamiento de Salud Mental

Haga una lista de todo tratamiento de salud mental u hospitalizaciones:

Lugar/Terapeuta	Propósito	Actual	En el pasado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Respuesta al tratamiento: _____

Otros servicios/relación con agencias en los últimos seis meses:

<input type="checkbox"/> Servicios de Protección del Menor	<input type="checkbox"/> Sistema Tribunal	<input type="checkbox"/> Salud mental ambulatoria
<input type="checkbox"/> Otros Servicios con DSS	<input type="checkbox"/> Incapacitación/Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias ambulatorio
<input type="checkbox"/> Terapia Física / Ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Enfoque del Tratamiento Actual

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Qué tipo de servicio busca?

<input type="checkbox"/> Terapia Individual	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Educativa
<input type="checkbox"/> Terapia Familiar	<input type="checkbox"/> Servicios Psiquiátricos o Manejo de Medicamentos
<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Yo quisiera/Nosotros quisiéramos tratar lo siguiente: (cheque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El humor o estado emocional de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> El comportamiento de mi hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> El rendimiento académico de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> Temas físicos, alimentarios, o del sueño de mi hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> El rendimiento cognitivo/mental de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> Relación de mi hijo(a) con la familia o compañeros |
| <input type="checkbox"/> Cómo ser padre / madre | <input type="checkbox"/> Relaciones familiares |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Dificultad de ajuste cultural |
| <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Congoja / Pérdida | |

Evaluación para Niños: Cheque todas las que se apliquen a su hijo(a) en este momento.
Indique preocupaciones del pasado con la letra "P".

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Lastimando a los demás | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) |
| <input type="checkbox"/> Estado depresivo | <input type="checkbox"/> Mintiendo | <input type="checkbox"/> Problemas de atención |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Robando | <input type="checkbox"/> Preocuparse todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Habla o pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Destruyendo propiedad | <input type="checkbox"/> Impulsivo(a) |
| <input type="checkbox"/> Obsesiones/Compulsiones | <input type="checkbox"/> Desafiando | <input type="checkbox"/> Baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Temores o fobias excesivos | <input type="checkbox"/> Culpando a los demás por sus errores | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Estados disociativos | <input type="checkbox"/> Molesto(a)/ resentido(a) | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Sensible/irritable | <input type="checkbox"/> Falta de conciencia | <input type="checkbox"/> El lastimarse daño |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño | <input type="checkbox"/> Actuando sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Pegajoso(a) | <input type="checkbox"/> Dificultad al cambio |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia o enuresis nocturna | <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación | <input type="checkbox"/> Necesidad de una rutina |
| <input type="checkbox"/> Berrinches o "pataletas" | <input type="checkbox"/> Pareciendo sobre reaccionar | <input type="checkbox"/> Cambios de humor inexplicables |
| <input type="checkbox"/> Difícil con los padres | <input type="checkbox"/> Los padres se sienten abrumados | <input type="checkbox"/> Escapando/huyendo |
| <input type="checkbox"/> Estilos de paternidad contradictorios | <input type="checkbox"/> Argumentativo | <input type="checkbox"/> El molestar a los demás |
| <input type="checkbox"/> Problemas conyugales de los padres | <input type="checkbox"/> Parece que no escucha | <input type="checkbox"/> El tomar riesgos excesivos |
| <input type="checkbox"/> Adoptado(a) o en tutela temporal | <input type="checkbox"/> Se comporta como adulto/o mayor | <input type="checkbox"/> Parece más joven |
| <input type="checkbox"/> Demasiados malestares físicos | <input type="checkbox"/> La vida ha sido inestable | <input type="checkbox"/> Cambios de vida pendientes |
| <input type="checkbox"/> Adicciones | <input type="checkbox"/> Ajustes culturales | <input type="checkbox"/> El sufrir discriminación |
| <input type="checkbox"/> Conflictos parentales | <input type="checkbox"/> Temas con redes sociales | <input type="checkbox"/> Tiene la mirada perdida / nublada |
| <input type="checkbox"/> Pérdida debido a la muerte | <input type="checkbox"/> Pérdida debido a otro | |

Yo certifico que la información declarada en este documento es correcta según lo mejor de mi conocimiento, y que estoy autorizado a proveer dicha información a favor de este cliente.

Firma de la Persona Legalmente Responsable

Fecha