

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

Queridos Padres:

Fecha: _____

El deseo de nuestro personal es tener la imagen más completa posible de su hijo(a) para poder entender mejor su problema. Este cuestionario les ayudará a darnos la información que nosotros necesitamos para ayudar a su hijo(a). Por favor, consulte con el personal de la oficina si tiene alguna duda de cómo responder alguna pregunta.

Nombre de la persona que completó el cuestionario: _____

Relación con el niño(a) _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: : _____ Sexo: _____ Edad: _____

Raza: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Con quién vive el niño(a)?: (marque todas la opciones que correspondan)

	SI	NO	
Madre Biológica	_____	_____	
Padre Biológico	_____	_____	
Madrastra	_____	_____	
Padrastro	_____	_____	
Madre de Cuidado temporal	_____	_____	
Padre de Cuidado temporal	_____	_____	
Madre adoptiva	_____	_____	
Padre adoptivo	_____	_____	
Instalación de Tratamiento residencial	_____	_____	¿Cuántos? _____
Hermanos(as) Biológicos	_____	_____	¿Cuántos? _____
Hermanos de Cuidado Temporal	_____	_____	¿Cuántos? _____
Otros Adultos	_____	_____	¿Cuántos? _____
Other Niños	_____	_____	¿Cuántos? _____

¿Quién tiene la custodia del niño(a)? _____

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

¿Actualmente el niño(a) está bajo el cuidado de CPS? SI NO

Si usted es un Padre/Madre de cuidado temporal, ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño(a) con usted? _____

Si usted es un Padre/Madre adoptivo, ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño(a) con usted? _____

HISTORIAL MÉDICO Y DEL DESARROLLO

¿La madre del niño(a) tuvo complicaciones durante el embarazo o en el parto? SI NO NO SÉ
Si responde sí, ¿Qué tipo de complicaciones? _____

¿La madre del niño(a) tuvo niveles altos de estrés durante el embarazo? SI NO NO SÉ
Si responde sí, por favor describa _____

¿La madre del niño(a) consumió tabaco, drogas ilegales o alcohol durante el embarazo? SI NO NO SÉ
Si responde sí, por favor describa: _____

¿El niño(a) tuvo complicaciones al nacer? SI NO NO SÉ
Si responde sí, ¿qué tipo de complicaciones? _____

Por favor, indique las edades en las cuales el niño(a) alcanzó las siguientes etapas del desarrollo (si usted no sabe a qué edad alcanzó las etapas del desarrollo, por favor escriba "no sé"):

Gatear: _____ Caminar: _____
Dijo la primera palabra: _____ Dejó el pañal: _____
Dijo un enunciado: _____ Menstruación: (En caso de ser mujer) _____

¿Actualmente el niño(a) se orina durante la noche? SI NO
Si responde sí, ¿con qué frecuencia? _____

¿Actualmente el niño(a) se orina durante el día? SI NO
Si responde sí, ¿con qué frecuencia? _____

¿Actualmente el niño(a) se defeca? SI NO
Si responde sí, ¿con qué frecuencia? _____

Describa cualquier enfermedad seria o accidente que haya requerido una visita al hospital u hospitalización (complicaciones en el nacimiento, enfermedades, caídas, quemaduras, heridas, fracturas de hueso, etc.) que el niño(a) haya sufrido. Por favor, especifique la edad en que ocurrió.

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

¿Con qué frecuencia visita el niño(a) al doctor? _____

¿El niño(a) visita alguno de los siguientes especialistas?

Pediatra	SI	NO
Neurólogo	SI	NO
psicólogo/Psiquiatra	SI	NO
Consejero/Terapeuta	SI	NO

¿Qué medicamentos está tomando el niño(a)? _____

¿El niño(a) usa lentes? SI NO
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó a usarlos? _____

Describe algún otro problema de visión que tenga el niño(a) _____

¿El niño(a) usa audífonos? SI NO
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó a usarlos? _____

Describe algún otro problema de audición que tenga el niño(a) _____

¿El niño(a) asiste a terapia del lenguaje/habla? SI NO
Si la respuesta es sí, ¿cuándo y dónde? _____

Describe cualquier problema del lenguaje/habla que tenga el niño(a) _____

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE SUEÑO

¿El niño tiene buen apetito? SI NO

¿Normalmente el niño(a) tiene hambre a la hora de comer? SI NO

¿El niño(a) tiene que ser persuadido para comer? SI NO

¿El niño(a) tiene alguna dieta especial? SI NO
Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de dieta? _____

¿El niño(a) come frecuentemente en exceso? SI NO

¿El niño(a) vomita frecuentemente? SI NO

¿El niño(a) se queja de su peso? SI NO

¿A qué hora niño(a) se despierta el en las mañanas _____

¿A qué hora el niño(a) se va a dormir por la noche? _____

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

¿El niño(a) se resiste para irse a la cama? SI NO

¿El niño(a) se queja frecuentemente de pesadillas? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿acerca de qué son las pesadillas? _____

¿El niño(a) camina dormido? SI NO

¿El niño(a) parece tener un sueño reparador? SI NO

¿El niño(a) se siente cansado por la mañana? SI NO

¿El niño (a) se duerme en clase o en otros momentos? SI NO

¿El niño(a) toma siestas durante el día? SI NO

¿El niño(a) comparte su habitación con alguien? _____

Si la respuesta es sí, ¿con quién? _____

DISCIPLINA EN LA CASA

¿Quién suele disciplinar al niño(a)? _____

¿Qué tipo de disciplina se usa con más frecuencia? _____

¿Qué tipo de disciplina funciona mejor? _____

¿Qué tipo de disciplina funciona menos? _____

¿Cuál es la reacción más común del niño(a) al ser disciplinado? _____

JUEGOS, ACTIVIDADES Y TRABAJO

¿Con niños(as) de qué edades juega con más frecuencia el niño(a)?

MAYORES

MENORES

MISMA EDAD

¿Con niños(as) de qué género prefiere jugar el niño(a)?

NIÑAS

NIÑOS

MISMO GÉNERO

¿El niño(a) asiste a actividades fuera de la casa? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿dónde? (Ejem. Grupos de iglesia, clubs etc. _____)

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

¿Al niño(a) se le pide que ayude en las tareas del hogar? SI NO
Si la respuesta es sí, por favor, indique cuáles: _____

SCHOOL

¿El niño(a) ha repetido algún grado? SI NO
Si la respuesta es sí, indique cuál: _____

¿El niño(a) está reprobando actualmente alguna clase? SI NO
Si la respuesta es sí, indique cuál o cuáles _____

¿El niño(a) recibe servicios de educación especial? SI NO
Si la respuesta es sí, indique en qué clases _____

¿El niño(a) recibe los servicios 504? SI NO

¿El niño(a) hace sus tareas voluntariamente? SI
NO

¿El niño(a) se porta mal en clases? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, ¿reciben notas, llamadas u otras amonestaciones del maestro o director de la escuela sobre problemas de comportamiento del niño(a)? _____

¿El niño(a) se lleva bien con sus compañeros de clase? SI NO

¿ El niño(a) se lleva bien con sus maestros y otros adultos? SI NO

¿Al niño(a) le gusta la escuela? SI NO

RELACIONES FAMILIARES E HISTORIA

Describa cómo es la relación del niño(a) con las siguiente personas (conteste solo las que correspondan):

Madre biológica: _____

Padres biológicos: _____

Madrastra: _____

Padrastra: _____

Madre de cuidado temporal: _____

Padre de cuidado temporal: _____

Madre Adoptiva: _____

Padre adoptivo: _____

Hermanos(as) en casa: _____

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

Algún miembro de la de la familia biológica del niño(a) se relaciona con lo siguiente:

	MADRE	PADRE	FAMILIARES CERCANOS
Abuso del alcohol:	_____	_____	_____
Uso de drogas:	_____	_____	_____
Discapacidad Intelectual:	_____	_____	_____
Autor de Abuso:	_____	_____	_____
Legalmente convicto:	_____	_____	_____
Enfermedades Mentales:	_____	_____	_____

HISTORIA DE ABUSO Y NEGLIGENCIA

¿El niño(a) ha sido abusado sexualmente? SI NO NO SÉ
Si la respuesta es sí, ¿quién fue el agresor y cuando ocurrió el abuso? _____

¿El niño(a) ha sido abusado físicamente? SI NO NO SÉ
Si la respuesta es sí, ¿quién fue el agresor y cuando ocurrió el abuso? _____

¿El niño(a) ha sufrido negligencia (emocional o física)? SI NO NO SÉ
Si la respuesta es sí, ¿quién fue el responsable y cuando ocurrió la negligencia? _____

COMUNICACIÓN ADULTO/NIÑO

¿El niño(a) le habla a usted libremente de sus problemas? SI NO

¿El niño(a) busca apoyo de las persona que lo cuidan cuando está molesto? SI NO

¿El niño(a) acepta apoyo de las personas que lo cuidan cuando está molesto? SI NO

¿El niño(a) sigue o busca interactuar con adultos que no conoce? SI NO

¿El niño(a) es “muy amigable” (verbal o físicamente) con desconocidos? SI NO

¿El niño(a) permanece junto a sus cuidadores en lugares desconocidos? SI NO

¿El niño(a) es más difícil de criar que otros niño(as) que ha tenido a su cuidado? SI NO

Como padres/cuidadores, ¿se siente abrumado/a por los problemas del niño(a)? SI NO

Kranz Servicios Psicológicos, PLLC

PUNTO DE VISTA DE LOS PADRES/ CUIDADORES DEL NIÑO ACERCA DE LOS PROBLEMAS DEL NIÑO

¿El niño(a) ha consumido drogas o alcohol en los últimos seis meses?

SI

NO

NO ESTOY SEGURO

Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

Describa brevemente los principales problemas que cree usted presenta el niño(a):

1. _____
2. _____
3. _____

Describa brevemente lo que usted cree que son las fortalezas del niño(a):

1. _____
2. _____
3. _____

Describa brevemente cualquier información adicional acerca del niño(a) que usted considere que sería provechoso para su evaluación tratamiento.
