

Kranz Psychological Services, PLLC

CUESTIONARIO PARA 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.

IDENTIFICACIÓN e INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona que completó el cuestionario: _____

Relación con el niño/la niña: _____

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

Madre: BIOLÓGICA ADOPTIVA FOSTER MADRASTRA NO

Padre: BIOLÓGICO ADOPTIVO FOSTER PADRASTRO NO

Hermanos(as): BIOLÓGICOS ADOPTIVOS FOSTER HERMANASTROS NO

Otros Adultos: SÍ NO Cuantos? _____

Other Niños: SÍ NO Cuantos? _____

¿Quién es el tutor principal de este niño? MADRE PADRE CUSTODIA COMPARTIDA

Si usted es un padre de cuidado temporal, ¿cuánto tiempo ha vivido el niño/la niña con usted?

Si el niño/la niña es adoptado(a), ¿cuándo fue definitiva la adopción? _____

FUNCIONAMIENTO ACADÉMICO

¿El niño(a) recibe servicios académicos? EDUCACIÓN ESPECIAL 504 NO

¿El niño(a) ha repetido algún grado? SÍ (Cual? _____) NO

Kranz Psychological Services, PLLC

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

Pediatra	SÍ	NO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	_____
Psiquiatra	SÍ	NO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	_____
Consejero/Terapeuta	SÍ	NO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	_____

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

¿El niño(a) tiene problemas con la visión? LENTES NO
Si responde sí, por favor describa: _____

¿El niño(a) tiene problemas con la audición? AUDÍFONOS NO
Si responde sí, por favor describa: _____

¿Qué terapia(s) ha recibido el niño(a)? HABLA OCUPACIONAL FÍSICA NINGUNA

ACTIVIDADES DIARIAS TÍPICAS

¿Cuántas horas suele dormir su hijo(a) cada noche? _____

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

¿El niño(a) se queja frecuentemente de pesadillas? SÍ NO
Si la respuesta es sí, ¿acerca de qué son las pesadillas? _____

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

¿El niño(a) comparte su habitación con alguien? SÍ NO
Si la respuesta es sí, ¿con quién? _____

¿El niño(a) tiene buen apetito? SÍ NO

¿El niño(a) es selectivo con la comida? SÍ NO

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

¿El niño(a) vomita frecuentemente? SÍ NO

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

¿Con niños(as) de qué edades juega con *más* frecuencia el niño(a)?
MENORES MAYORES MISMA EDAD

¿Qué juegos o pasatiempos disfruta el niño(a)? _____

Kranz Psychological Services, PLLC

¿El niño(a) asiste a actividades fuera de la casa? SÍ NO
Si la respuesta es sí, ¿cuáles? _____

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

ANTECEDENTES FAMILIARES/EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA NIÑEZ

¿Alguien en la familia **biológica** del niño(a) se relaciona con lo siguiente? (marque todo lo que corresponda):

	MADRE	PADRE	FAMILIARES CERCANOS
Abuso del alcohol	_____	_____	_____
Uso de drogas	_____	_____	_____
Discapacidad intelectual	_____	_____	_____
Autor de abuso	_____	_____	_____
Legalmente convicto	_____	_____	_____
Enfermedades mentales	_____	_____	_____

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

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

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

APEGO y DISCIPLINA EN EL HOGAR

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

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

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

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

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

El niño(a) es más difícil de criar que otros niños que he tenido a mi cuidado SÍ NO

Como padre/cuidador, me siento abrumado/a por los problemas del niño(a). SÍ NO

Kranz Psychological Services, PLLC

¿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? _____

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

¿El niño(a) ha consumido drogas o alcohol en los últimos seis meses? SÍ NO NO SE

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 y tratamiento.

