



FORMULARIO DE ADMISIÓN INFANTIL

DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTOR LEGAL

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE NIÑO			
Nombre del cliente:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Edad (años): <input type="checkbox"/> 0-5 <input type="checkbox"/> 6-11 <input type="checkbox"/> 12-17			
Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____			
Condado de residencia: <input type="checkbox"/> Weber <input type="checkbox"/> Davis <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Box Elder <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Usted es refugiado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Padres biológicos del niño Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____ Tutor Legal del niño: _____			
Actualmente el niño <u>vive con</u>: (familia biológica, parientes, padres adoptivos, etc.)			
Nombre	Sexo	Relación con el niño	Edad
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Lista de personas importantes que <u>no viven</u> con el niño			
Nombre	Sexo	Relación con el niño	Edad
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
En el pasado, el niño u otro miembro de la familia ha recibido terapia: _____ Fecha: _____ Porque razón: _____ _____ _____ Cual fue el resultado: _____ _____ _____			



Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO

Nombre del doctor que atiende al niño: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Fecha del último examen médico del niño: _____

En la familia alguna vez ha habido uso de drogas, tabaco o alcohol? Explique:

Describe la cantidad y la frecuencia del abuso de drogas, tabaco o alcohol:

La madre biológica del niño abuso de alcohol, drogas o medicamentos durante el embarazo ? (Lista de las sustancias incluyendo cantidad y frecuencia) Explique:

¿La madre biológica del niño tuvo problemas durante el embarazo o el parto? Explique:

Tiene el niño/a alguno de los siguientes problemas médicos: Por favor marque todos los que apliquen:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidente grave | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Pérdida de la conciencia | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |



Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

Descripción de problemas médicos o físicos del niño:

Descripción de medicamentos habituales del niño incluyendo la cantidad y frecuencia de dosis:

HISTORIAL DE EDUCACION

Escuela a la que asiste: _____

Domicilio: _____

Nombre de la maestra: _____

Grado: _____ Teléfono: _____

Evaluación actual del maestro:

Asistió a otras escuelas (incluyendo pre escolar):

Ha repetido grado: _____ Si es así, ¿cuál? _____

Recibe el niño educación especial? Por favor explique:

Tiene el niño problemas en la escuela? por favor marque todas las que apliquen:

- | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peleas | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Suspensión | <input type="checkbox"/> Poca asistencia escolar | <input type="checkbox"/> Detención |
| <input type="checkbox"/> Influencia de pandillas | <input type="checkbox"/> Malas calificaciones | <input type="checkbox"/> Drogas y alcohol |
| <input type="checkbox"/> Falta de amigos | <input type="checkbox"/> Tarea incompleta | <input type="checkbox"/> Otro _____ |



FACTORES DE COMPORTAMIENTO:

Exceso. ¿Qué comportamientos de mala conducta tiene el niño actualmente? ¿cuantas veces se repite este comportamiento? (Enumere todos los comportamientos significativos)

Déficit. ¿Qué comportamiento le gustaría que tuviera el niño? (Enumere todos los comportamientos significativos)

Ventajas. ¿Qué comportamiento tiene el niño que es de su agrado o el agrado de otros?

¿Que otras preocupaciones tiene usted o su familia con respecto al niño?

¿Ha experimentado el niño abuso? (Físico, verbal, emocional o sexual) Si es así, describa:

¿Ha herido el niño de manera intencional a otra persona o a si mismo? En caso afirmativo, describa la situación:



Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

¿Ha experimentado el niño graves pérdidas emocionales (muertes, separaciones, etc.)? Si es así, explique:

¿Qué cosas actualmente provocan estrés en el círculo familiar?

METAS DEL TRATAMIENTO

¿En qué quiere trabajar durante las sesiones de terapia? Que cambios en el niño espera lograr con la terapia?

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha