



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:

Describa 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:

Accidente grave

Hospitalización

Cirugía

Lesión en la cabeza

Fiebre alta

Asma

Problemas de visión

Meningitis

Alergias

Convulsiones

Pérdida de la conciencia

Problemas de audición

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:
