



Clarissa I. Kuhns, Ph.D., LSSP

Licensed Psychologist
7019 W. Village Blvd. Ste. 201
Laredo, Texas 78041
(956) 645-3643

Información de Nuevo Paciente (menor de 18 años)

La siguiente información me proporcionará una comprensión más completa de su situación y reducirá la cantidad de tiempo de sesión en su historia y temas administrativos. La primera página debe ser llenada por el padre. Favor de obtener la participación de su hijo(a) para las paginas subsiguientes. Registros de la terapia son confidenciales. Si usted prefiere no responder ciertas preguntas favor de dejarlos en blanco.

Fecha de Primer Cita: _____

Nombre del menor: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono de Casa: _____ Marque por favor si se permite dejar mensaje

Nombre de Guardian/Madre: _____ Madrastra? Si No

Fecha de Nacimiento: _____

Celular: _____ Marque por favor si se permite dejar mensaje/texto

Teléfono de Trabajo: _____ Marque por favor si se permite dejar mensaje

Empleador: _____ Título de Empleo: _____

Horas de Trabajo: _____

Otro Guardia/Padre: _____

Empleador: _____

Celular: _____ Telefono de Trabajo: _____

Telefono de Casa y Domicilio: _____

(en caso de diferencia) _____

Seguro de Salud Primaria: _____ # de poliza: _____ # de grupo _____ Co-pago: \$ _____

Pertenencia Religión: _____ Importancia: muy / algo / pequeño / ninguno

Pediatra: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia:

Nombre: _____ #Casa: _____ #Trabajo: _____

#Celular o algún otro teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cómo fué referido?: _____

Favor de hacer una lista los importantes antecedentes de salud incluyendo hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia que ha tenido:

Alergias: _____

Lista de medicamentos, incluyendo dosis, que esta tomando su hijo/a regularmente o actualmente: _____

Brevemente describa el motivo de buscar servicios psicológicos: _____

¿Qué tan grave siente que son las dificultades de su hijo/a en este momento?:

poco / moderado / intenso / grave

¿En alguna vez ha recibido su hijo/a servicios psicológicos? ¿Si la respuesta es si, cuando? ¿Por cuanto tiempo? ¿Con quien? ¿Que fue la razon?

Si su hijo/a ha recibido terapia antes, ¿que fue lo mejor de su experiencia?

¿Que fue lo peor o lo que menos le ayudo? _____

¿Que formas de diciplina usan en su hogar? _____

Establecimiento Familiar Presente:

Nombre	Edad	Relación a usted	Empleo o para estudiante indica escuela y grado
--------	------	------------------	--

Otros Familiares Importantes (padres, hermanos (as), hijos(as) fuera de casa, etc.)

Nombre	Edad	Relación a usted	Empleo o para estudiante indica escuela y grado
--------	------	------------------	--

Favor de marcar con las letras siguientes (I=uno mismo, H=esposo, W=esposa, C=Hijo(a), M=madre, P=padre, S=hermana, B=hermano, A=Tía, U=Tío, GM=abuela, GF=abuelo, O=otro) si un familiar a sufrido de:

depresión___ ansiedad___ abuso de alcohol___ abuso de drogas___ agresión___

incapacidad de aprendizaje___ hiperactividad___ ataque de convulsión___ esquizofrenia___

abuso emocional___ abuso físico___ abuso sexual___ intentos a suicidarse___

suicidio___ hospitalización psiquiátrico___ problemas de la tiroides___

¿Información adicional? _____

Por favor califique la gravedad de problemas de su hijo en la siguiente configuración (Escala de 0-10 = máximo)

familia___ amistades___ trabajo___ escuela___ tiempo libre___

dinero___ situación doméstica___ situación legal___ salud___

otro, favor de especificar_____

Termine las siguientes frases:

1. Mi Hijo/a es una persona quien_____.

2. Lo que más necesita mi hijo/a es_____.

3. Mi hijo/a ve la vida como_____.

Círcula cualquiera de los siguientes que se aplican a el paciente:

dolores de cabeza mareos desmayos palpitaciones ansiedad miedos
agotamiento pesadillas depresión confusión insomnio
dormir demasiado falta de apetito comer mucho inhabilidad de relajarse cansancio
olvido problemas sexuales falta de ambición sobre ambicioso uso de alcohol
uso de drogas ideas de suicidio falta de propio control falta de educación
falta de pasatiempos escuela muy fácil escuela muy difícil faltas en la escuela
inhabilidad de manejar cargos de libertad condicional apático discute mucho lentitud
pesimista impulsivo preocupación desordenado deshonesto
desconfianza agitación inhabilidad de divertirse inhabilidad de hacer las cosas bien
problemas intestinales problemas de concentración dificultad en hacer decisiones
problemas de estómago dificultad en terminar tareas inhabilidad de defenderse

Círcula los sentimientos que son comun para el paciente:

enojo miedo desanimo tristeza lleno de pánico tenso
soledad infeliz estresado desamparado avergonzado no amado
irritable estúpido malhumorado malentendido abandonado aburrido
inattractivo ansioso nervioso tímido frustrado inferior
engañado inútil culpable atormentado inquieto

¿Estad usted preocupado por el consume de alcohol o drogas de su hijo/a? Si / No

Notas Para Terapeuta:

¿Problemas con uso de drogas o alcohol?

Otros factores de riesgo:

Plan de Crisis:
