**NHCC ASSESSMENT And HISTORY INFORMATION**

*Esta información les ayudara a usted y a su terapeuta para empezar a aclarar las metas de su terapia.*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍ NO ¿El niño alguna vez ha sido tratado por un psiquiatra? ¿Quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍ NO ¿El niño alguna vez ha sido tratado por un consejero? ¿Quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La última vez que vio a su médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón por la visita médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El niño está tomando medicamentos? SÍ - NO ¿En caso afirmativo, que medicamentos?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Ha sido diagnosticado con problemas de desarrollo?

SÍ NO ¿Tiene algún problema del habla?

SÍ NO ¿Ha sido expuesto a algún trauma?

SÍ NO ¿Hay problemas de salud mental en la familia maternal o paterna?

En caso afirmativo, favor de indicar quien y el diagnostico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo?

SÍ NO ¿Hubo alguna complicación durante el parto?

Brevemente describa las razones por las cual está buscando servicios de consejería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hasta ahora, que ha tratado para manejar esta situación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NHCC ASSESSMENT And HISTORY INFORMATION Cont.**

Ponga el número que corresponda con cada cuestión a continuación: (califique las que apliquen)

NUNCA RARAMENTE A VECES SEGUIDO SIEMPRE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

\_\_\_\_Abuso-físico \_\_\_\_Abuse – sexual \_\_\_\_Abuse – emocional

\_\_\_\_Abuse – negligencia \_\_\_\_Agresión, violencia \_\_\_\_Enojo, hostilidad

\_\_\_\_Ansiedad, nerviosismo \_\_\_\_Problemas de atención \_\_\_\_Confusión

\_\_\_\_Compulsiones \_\_\_\_Crueldad hacia los animales \_\_\_\_Llanto, tristeza

\_\_\_\_Toma de decisiones, indecisión \_\_\_\_Delirios, falsas ideas \_\_\_\_Depresión

\_\_\_\_Divorcio, separación \_\_\_\_Problemas alimenticios \_\_\_\_Duelo

\_\_\_\_Culpa \_\_\_\_Dolores de cabeza \_\_\_\_Impulsividad \_\_\_\_Juicio, criterio \_\_\_\_Perdida de control \_\_\_\_Problemas de menor \_\_\_\_Cambios de humor \_\_\_\_Obsesión \_\_\_\_Ataques de pánico

\_\_\_\_Problemas escolares \_\_\_\_Auto-estima \_\_\_\_Problemas de sueno

\_\_\_\_Estrés \_\_\_\_Pensamientos suicidas \_\_\_\_Temperamento/baja

\_\_\_\_Pensamientos desorganizados \_\_\_\_Moja la cama tolerancia

¿En los últimos 36 meses, ha fallecido un pariente u otra persona cercana al niño?

SÍ NO ¿Quién?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuando?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hace 36 meses o más, falleció un pariente u otra persona cercana al niño?

SÍ NO ¿Quién?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuando?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor califique las cláusulas que siguen del 1 al 10, 1 = para nada y 10 = bastante:

\_\_\_\_\_ El niño tiene una buena y cercana relación con sus hermanos.

\_\_\_\_\_ El niño tiene varios amigos cercanos.

\_\_\_\_\_ El niño seguido tiene pesadillas.

\_\_\_\_\_ El niño prefiere pasar el tiempo solo.

\_\_\_\_\_ El niño no hace contacto con los ojos cuando se le habla.

\_\_\_\_\_ Al el niño no le gusta estar rodeado de otras personas.

\_\_\_\_\_ El niño se gusta a sí mismo.