

# CUESTIONARIO PARA NIÑOS Y FAMILIAS

*Este cuestionario nos proporcionará información importante para ayudarnos a entender a su hijo(a) y planificar cómo ser más útiles. Complételo en su totalidad. Si hay partes que no entiende, su médico puede ayudarle en su primera cita. Muchas gracias*

---

## INFORMACIÓN PERSONAL

¿Qué fecha es hoy?

¿Cómo se llama su hijo(a)?

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo(a)?

¿Cuál es el género de su hijo(a)?

¿Cuáles son los pronombres preferidos de su hijo(a)?

¿Cómo se llama usted?

¿Cuál es su relación con el (la) niño(a)?

Padre/madre/tutor(a)  
biológico(a)

Padre o madre  
adoptivo(a)/tutor(a)

Padre o madre de  
crianza/tutor(a)

Otra(especifique):

¿Es usted el (la) tutor(a) legal del (de la) niño(a)?

Sí

No

En caso negativo, ¿quién es el tutor legal del (de la) niño(a)?

Si el Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas) es el tutor legal, proporcione la siguiente información:

Nombre del (de la) trabajador(a) social:

Teléfono:

---

## DIFICULTADES ACTUALES

Describa las dificultades de su hijo(a) que le llevaron a solicitar nuestros servicios:

¿Qué tipo de terapia o servicios está buscando?

Solo medicamentos

Solo terapia

Medicamentos y terapia

No lo sé

---

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL ACTUALES

¿Cuáles de los siguientes servicios de salud conductual recibe **actualmente** su hijo(a)?

Ningún servicio en la actualidad

Medicamento(s) psiquiátrico(s) en la actualidad:

Nombre de la clínica:

¿Quién le está recetando los medicamentos psiquiátricos?

Terapia

Nombre de la agencia (si corresponde):

Nombre del médico:

Teléfono:

¿Con qué frecuencia su hijo(a) ve al terapeuta?

¿Cuánto tiempo hace que su hijo(a) ha estado yendo a este terapeuta?

Otros servicios (especifique):

---

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL ANTERIORES

¿Cuáles de los siguientes servicios de salud conductual ha recibido su hijo(a) en el **pasado**?

Ningún servicio en el pasado

Hospitalización en una unidad psiquiátrica

Cuándo	Nombre del hospital	¿Para qué tipo de problema?

Programa de tratamiento diurno (hospitalización parcial)

Cuándo	Nombre del hospital	¿Para qué tipo de problema?

Medicamento(s) psiquiátrico(s)

Nombre del medicamento	Dosis	Motivo de la medicación	¿Cuánto tiempo tomó este medicamento?	Motivo para dejar de tomar el medicamento (si ya no lo toma)

Terapia

Nombre del terapeuta	Agencia	Motivo de la terapia	¿Cuánto tiempo duró la terapia?	Motivo de la suspensión (si ya no la recibe)

Otros servicios (especifique):

¿Su hijo(a) ha sido evaluado(a) alguna vez en la sala de emergencias de un hospital o por un equipo de crisis debido un problema de salud conductual?

No                      Sí                      Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?

¿Con cuáles de las siguientes agencias ha tenido relación su hijo(a)?

Departamento de Niños y Familias

Departamento de Salud Mental

Departamento de Servicios para Jóvenes

Departamento de Servicios del Desarrollo

Ninguna

Otra (p. ej., programas comunitarios, programas extracurriculares)

---

## INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuáles de los siguientes problemas médicos tiene o ha tenido su hijo(a)?

Alergias (especifique):

Anemia

Asma

Problemas de colesterol en sangre

Infección cerebral (meningitis, encefalitis)

Cáncer

Diabetes

Mareos/desmayos

Lesión en la cabeza

Dolores de cabeza

Problemas cardíacos (dolor en el pecho, palpitaciones, soplo)

Problemas renales

Problemas de hígado (hepatitis)

Obesidad

Convulsiones

Infecciones de transmisión sexual

Problemas estomacales o intestinales (celiaquía, colitis)

Problemas de la tiroides

Dificultades para oír

Dificultades para ver

No tiene problemas médicos

Otro (especifique):

¿Su hijo(a) toma medicamentos para alguno de estos problemas?                      Sí                      No

Si la respuesta es afirmativa, especifique:

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo(a)?

Que usted sepa, ¿cuál fue el resultado del examen físico?                      Normal                      Anormal

¿Su hijo(a) ha sido hospitalizado(a) por una lesión, cirugía u otra enfermedad no psiquiátrica?                      Sí                      No

Si la respuesta es afirmativa, especifique abajo:

Cuándo	Problema

¿Su hijo(a) tiene otros proveedores de atención médica en el BCH?                      Sí                      No

Elabore una lista de todos los medicamentos (incluidos los psiquiátricos):

---

## NACIMIENTO Y DESARROLLO TEMPRANO

¿Cuáles de los siguientes problemas tuvo la madre biológica del (de la) niño(a) **durante su embarazo** de este(a) niño(a)?

Anemia

Sangrado

Presión arterial alta (toxemia)

Azúcar en la sangre alta o baja

Infección

Lesión en el abdomen

Convulsiones

Estrés o depresión

Consumo de alcohol

Consumo de cigarrillos

Uso de medicamentos recetados por un médico (especifique):

Uso de drogas callejeras (especifique):

Víctima de violencia

Ningún problema durante el embarazo

No sé

¿Cuáles de los siguientes problemas tuvieron la madre biológica o el (la) niño(a) **durante o después del parto?**

Ningún problema durante el parto

Lesión o defectos de nacimiento en el (la) niño(a)

"Bebé azul" (falta de oxígeno al nacer)

Parto de nalgas o con fórceps

Cesárea

Cuidados intensivos hospitalarios para el (la) niño(a)

Infección en la madre o el (la) niño(a) durante el parto

Bajo peso al nacer

Depresión posparto en la madre

Parto prematuro

Ictericia

No sé

Otro (especifique):

¿Cuándo alcanzó su hijo(a) cada uno de los hitos del desarrollo?

Gatear

Edad usual

Tarde

No sé

Caminar

Edad usual

Tarde

No sé

Decir palabras

Edad usual

Tarde

No sé

Decir oraciones

Edad usual

Tarde

No sé

Aprendió a ir al baño

Edad usual

Tarde

No sé

---

## INFORMACIÓN ESCOLAR

¿Su hijo(a) va a la escuela/guardería?      Sí      No

En caso afirmativo, seleccione el entorno escolar:

Educación infantil temprana

Preescolar

Aula en línea

Educación en casa

Aula sin calificaciones

Aula con calificaciones

¿Qué grado está cursando su hijo(a) este año?

¿Qué tipo de colocación o ubicación educativa tiene su hijo(a) este año?

Educación regular

Plan 504

Educación especial (tiene un IEP)

**Si su hijo(a) ha sido asignado a educación especial**, ¿qué discapacidades tiene?

(Marque todas las opciones que correspondan).

Autismo

Emocional/conductual

Aprendizaje

Neurológica

Sensorial (auditiva/visual)

Habla y lenguaje

Otra (especifique):

¿Cuáles son las calificaciones habituales de su hijo(a)?

Mayormente A o B (4)

Mayormente C (3)

Mayormente D (2)

Mayormente F (1)

¿Su hijo(a) alguna vez ha repetido un grado?      Sí      No      En caso afirmativo, ¿qué grado(s)?

¿Su hijo(a) alguna vez ha sido suspendido(a) o expulsado(a)?      Sí      No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado(s) y por qué?

¿Hay factores lingüísticos o culturales que afectan el rendimiento escolar de su hijo(a)?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, especifique:

¿Qué intereses especiales tiene su hijo(a)?

Artes (música, danza, dibujo y pintura, actuación)

Deportes

Tecnología (informática, robótica)

Literatura (lectura, escritura)

Otro (especifique):

¿Qué tan bien le va a su hijo(a) en cada uno de las siguientes áreas?

Asistencia:

Bien

Promedio

Insuficiente

Tareas para la casa:

Bien

Promedio

Insuficiente

Amistades:

Bien

Promedio

Insuficiente

Tareas en la escuela:

Bien

Promedio

Insuficiente

Comportamiento en el aula:

Bien

Promedio

Insuficiente

Disfrute de la escuela:

Bien

Promedio

Insuficiente

---

## ACTIVIDADES COMUNITARIAS

¿En cuáles de las siguientes actividades comunitarias participa su hijo(a) **con regularidad**?

Programa extraescolar	Clases de música, arte o baile
Empleo a tiempo parcial	Actividades religiosas
Liga deportiva	Actividades de voluntariado
Campamento de verano	Otra actividad (especifique):

---

## ANTECEDENTES SOCIALES

¿Cuál es el estado civil actual de los padres del (de la) niño(a)?

Casados	Viven en pareja	Viudos
Separados o divorciados	Solteros y nunca se han casado	

¿Cuál es la situación de vivienda actual de (de la) niño(a)?

Vive con su padre o madre, con ambos, o con un(a) tutor(a) o tutores	Vive con otro(s) familiar(es)
Hogar de acogida	Residencial/vivienda grupal
Departamento de Servicios para Jóvenes	Refugio
Otra (especifique):	

¿La situación de vivienda actual del (de la) niño(a) es estable?      Sí      No

Si la respuesta es negativa, explique:

¿Qué idiomas se hablan en el hogar del (de la) niño(a)?

¿Con qué grupo(s) cultural(es) se identifica la familia del (de la) niño(a)?

¿Qué religión practica la familia del (de la) niño(a) (si corresponde)?

Indique las relaciones de su hijo(a) con cada uno de los siguientes:

Padres:	Cercana	Distante	Difícil
Hermanos(as):	Cercana	Distante	Difícil



---

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

Que usted sepa, ¿alguno de los padres o hermanos del (de la) niño(a) tuvo alguna de las siguientes afecciones de salud?

Problemas de salud	Padre o madre	Hermano(a)
Déficit de atención/hiperactividad		
Ansiedad		
Autismo		
Trastorno bipolar		
Depresión		
Discapacidad del desarrollo		
Diabetes		
Abuso de drogas o alcohol		
Enfermedad cardíaca		
Nivel alto de colesterol en sangre		
Discapacidad intelectual		
Discapacidad del aprendizaje		
Obesidad		
Obsesiones/trastorno compulsivo		
Esquizofrenia		
Convulsiones		
Muerte por suicidio		
Muerte súbita por ataque cardíaco antes de los 50 años		
Tics/Tourette		
Ninguna de las anteriores		

## EVENTOS ESTRESANTES

Adaptación de la Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia (PEARLS)

¿Cuáles de los siguientes eventos le han sucedido **alguna vez** a su hijo(a)?

Parte 1	Sí	No
1. ¿Su hijo(a) ha vivido alguna vez con uno de sus padres o un(a) cuidador(a) que haya estado en una cárcel/prisión?		
2. ¿Cree que su hijo(a) alguna vez se ha sentido sin apoyo, no querido(a) y/o desprotegido?		
3. ¿Su hijo(a) ha vivido alguna vez con uno de sus padres o un(a) cuidador(a) que tenía problemas de salud mental? <i>(Por ejemplo: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad).</i>		
4. ¿Alguna vez el padre, la madre o un(a) cuidador(a) ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)?		
5. ¿Alguno de los padres biológicos o cuidadores de su hijo(a) ha tenido alguna vez o tiene actualmente un problema con el consumo excesivo de alcohol, drogas callejeras o medicamentos recetados?		
6. ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado la atención adecuada por parte de un(a) cuidador(a)? <i>(Por ejemplo: no estar protegido/a de situaciones inseguras o no ser atendido/a cuando estaba enfermo/a o lesionado/a, aunque hubiera recursos disponibles).</i>		
7. ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto o escuchado cómo otra persona adulta gritaba, insultaba, maldecía o humillaba a uno de sus padres o a su cuidador(a)  ¿ <input type="checkbox"/> alguna vez su hijo(a) ha visto o escuchado cómo abofeteaban, pateaban, golpeaban o herían con un arma a su padre, madre o cuidador(a)?		
8. ¿Algún adulto en el hogar con frecuencia o con mucha frecuencia ha empujado, agarrado, abofeteado o arrojado algo a su hijo(a)?  ¿ <input type="checkbox"/> algún adulto en el hogar alguna vez golpeó a su hijo(a) con tanta fuerza que le dejó marcas o le causó una lesión?  ¿ <input type="checkbox"/> algún adulto en el hogar alguna vez amenazó a su hijo(a) o actuó de una manera que hizo que su hijo(a) temiera que pudiera hacerle daño?		
9. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido víctima de abuso sexual? <i>(Por ejemplo: alguien tocó a su hijo/a o pidió a su hijo/a que tocara a esa persona de una manera no deseada, o hizo que su hijo/a se sintiera incómodo/a, o alguna vez alguien intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con su hijo/a).</i>		
10. ¿Alguna vez han ocurrido cambios significativos en la relación con la(s) persona(s) que cuidaba(n) a su hijo(a)? <i>(Por ejemplo: el padre o la madre o uno de los cuidadores se divorció o se separó, o una pareja romántica se comenzó o dejó de vivir en el hogar).</i>		
Total de respuestas afirmativas en esta primera sección:		

¿Cuáles de los siguientes eventos le han sucedido **alguna vez** a su hijo(a)?

Parte 2	Sí	No
1. ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto, escuchado o sido víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? <i>(Por ejemplo: acoso expresamente dirigido a usted, una agresión u otra acción violenta, actos de guerra o terrorismo).</i>		
2. ¿Su hijo(a) ha sufrido discriminación? <i>(Por ejemplo: ha sido hostigado/a, han hecho que se sienta inferior o se ha visto excluido/a debido a su raza, origen étnico, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias de aprendizaje o discapacidades).</i>		
3. ¿Alguna vez su hijo(a) tuvo problemas de vivienda? <i>(Por ejemplo: ha vivido en la calle, no tenía un lugar estable donde vivir, se mudó más de dos veces en un período de seis meses, enfrentó un desalojo o una ejecución hipotecaria, o ha tenido que vivir con muchas familias o muchos familiares).</i>		
4. ¿Alguna vez le ha preocupado que su hijo(a) no tuviera suficiente comida para comer o que la comida para su hijo(a) se acabara antes de que pudiera comprar más?		
5. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido separado(a) de su padre, madre o cuidador(a) debido a que fue colocado en un hogar de acogida temporal o por cuestiones de inmigración?		
6. ¿Alguna vez su hijo(a) ha vivido con uno de sus padres o un(a) cuidador(a) que tenía una enfermedad física grave o una discapacidad?		
7. ¿Alguna vez su hijo(a) ha vivido con uno de sus padres o un(a) cuidador(a) que murió?		
Total de respuestas afirmativas en esta primera sección:		