

OZARK GUIDANCE
CUESTIONARIO PARA MENORES

Chart # _____

Nombre del niño: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Apodo: _____

Dirección de los padres en caso de ser distinta a la del niño, e información del trabajo de los padres:

Dirección de la madre: _____ Teléfono: _____
Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección del padre: _____ Teléfono: _____
Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Persona que lo cuida/guardería: _____

Si los padres están divorciados o separados:

Fecha de la separación: _____ Fecha del divorcio: _____

Si los padres se han vuelto a casar, poner la fecha:

Madre: _____ Padre: _____
Frecuencia de visitas con el padre quien no tiene custodia: _____

Información de la custodia del niño:

Si la custodia legal del niño no la tienen los padres, ¿Quién la tiene? _____
¿Cómo se determinó la custodia? _____
¿Frecuencia con que los padres visitan al niño? _____

Apoyo social al niño: Por favor marque cualquiera de los factores que considere positivos.

___ Iglesia (Especifique, por favor) _____
___ Escuela (Especifique, por favor) _____
___ Programas deportivos, (Especifique, por favor) _____
___ Programas en la comunidad (Especifique, por favor) _____
___ Cualquier persona fuera del hogar (Especifique, por favor) _____

Mencione los intereses y pasatiempos y las actividades recreativas del niño. _____

Por favor, mencione cualquier complicación en el embarazo con este niño. _____

Por favor, mencione cualquier complicación en el parto de este niño. _____

Por favor, mencione cualquier problema que tenía el niño en las primeras semanas de vida. _____

Por favor, mencione cualquier retraso que tiene el niño (caminar, hablar, lenguaje, etc.) _____

Mencione cualquier problema de salud que actualmente tenga el niño. _____

Mencione que tipo de disciplina ejerce Ud sobre su hijo _____

¿Cómo se lleva el niño con los otros niños? _____

¿Tiene el niño algún problema en la escuela? _____

¿El niño ha estado expuesto a drogas, alcohol, o cigarros por consumo directo o por consumo de la madre durante el embarazo? Si, sí por favor describa el impacto. _____

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO:

Médico familiar: _____ Ciudad: _____
Otros médicos: _____ Ciudad: _____
_____ Ciudad: _____
_____ Ciudad: _____

Fecha de su último examen médico: _____ ¿Quién lo hizo? _____

Peso del niño _____ Pérdida reciente de peso _____ o aumento de peso _____.
¿Cuánto? _____

Hábitos de dormir del niño:

Promedio de horas que duerme en la noche. _____ ¿Duerme suficiente? _____

Salud de la madre: ___Mala ___Regular ___Buena ___Excelente ___Muerta
Salud del esposo: ___Mala ___Regular ___Buena ___Excelente ___Muerto

Medicamentos que toma el niño actualmente:

<u>Marca</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Es el niño alérgico o sensible a alguna medicina?: ___Sí ___No Si, sí por favor indique.

Por favor, marque los problemas físicos o emocionales que Ud., o algunos de sus parientes, experimenta o ha experimentado:

<u>Cliente</u>	<u>Pariente</u>	<u>Cliente</u>	<u>Pariente</u>
___ Cáncer _____	_____	___ Problemas del pulmón _____	_____
___ Desorden en los hábitos alimenticios _____	_____	___ Problemas del oído _____	_____
___ Diabetes _____	_____	___ Depresión _____	_____
___ Úlcera _____	_____	___ Enfermedad mental _____	_____
___ Problemas del corazón _____	_____	___ Poca capacidad de concentración _____	_____

<input type="checkbox"/> Alta presión _____	<input type="checkbox"/> Hiperactividad _____
<input type="checkbox"/> Problema del riñón _____	<input type="checkbox"/> Comportamiento impulsivo _____
<input type="checkbox"/> Problema del hígado _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea _____	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista _____	<input type="checkbox"/> Alcoholismo _____
<input type="checkbox"/> Embolia _____	<input type="checkbox"/> Drogadicción _____
<input type="checkbox"/> Problema de la tiroides _____	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje _____
<input type="checkbox"/> Problemas de intestino _____	<input type="checkbox"/> Alergias _____
<input type="checkbox"/> Problemas de espalda _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Describa detalladamente en qué consisten las enfermedades o síntomas que anteriormente señaló:

Mencione las enfermedades que el niño tuvo de chico: _____

Otras personas que viven en su casa	Edad		Salud	
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
_____	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Excelente

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES:

Número de comidas al día _____ Número de comida chatarra _____

Indique con una X las áreas problemáticas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida reciente de apetito | <input type="checkbox"/> Se salta comidas frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato | <input type="checkbox"/> Come solo |
| <input type="checkbox"/> Consumo frecuente de comida chatarra | <input type="checkbox"/> Problema al masticar o pasar |
| <input type="checkbox"/> Falta de dinero para comprar comida necesaria | <input type="checkbox"/> Estrenimiento crónico |
| <input type="checkbox"/> Uso de vitaminas u otros suplementos | <input type="checkbox"/> Purgandose |
| <input type="checkbox"/> Náusea o vómito frecuente | <input type="checkbox"/> Pérdida reciente de sabor |
| <input type="checkbox"/> Dieta especial | <input type="checkbox"/> Problemas del peso |
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún alimento | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica |
| <input type="checkbox"/> Hartazgo | <input type="checkbox"/> Acumulamiento excesivo de comida |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Consuma el niño algo de lo siguiente: Favor de indicar la cantidad que ha consumido recientemente.

Café _____ Té _____ Refrescos con cafeína _____
 Alcohol _____ Nicotina _____

ASPECTOS LEGALES DEL NIÑO:

Dentro de su conocimiento, ¿ha sido el niño víctima de crimen, abuso, o negligencia?

No Sí

¿Ha estado el niño involucrado en algún aspecto legal? ___ No ___ Sí

En caso de ser afirmativo, por favor indique con un círculo todo lo que se aplica:

Falta menor Felonía Libertad vigilada Libertad provisional Pleito civil
Examen por incapacidad Guardián Custodia Orden de restricción Divorcio
Petición de intervención legal para proveer atención psiquiatra

En caso de ser afirmativo, fue consecuencia de:

Alcohol Drogas DHS/DCFS Servicio social Abuso de menores
Violencia doméstica Corte juvenil Hogar provisional del estado (foster care home)
Abuso de adultos Incapacidad