

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## **Formulario de admisión de psicología**

¿Qué le llevó a buscar servicios psicológicos para su hijo y / o familia?

---

---

---

¿Alguna vez su hijo ha sido evaluado o tratado por un psicólogo o psiquiatra en el pasado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué razón (es)?

---

---

**Indique qué factores estresantes está experimentando su hijo ahora (en los últimos 6 meses) o ha tenido en el pasado:**

- | Ahora                    | Pasado                   |                              | Ahora                    | Pasado                   |                           | Ahora                    | Pasado                   |                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muerte de un familiar        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de un familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de un amigo   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión personal / enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Padres separados          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Padres divorciados       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conflictos familiares        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conflictos con amigos     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conflictos en la escuela |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultades académicas      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio de residencia      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas legales        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso sexual                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso físico              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbal / emocional abuso |

Otras preocupaciones:

---

Marque todas las que se apliquen a su hijo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas                 | <input type="checkbox"/> Recuerdos perturbadores recurrentes / intrusivos o sueños           |
| <input type="checkbox"/> Depresión / tristeza                  | <input type="checkbox"/> Necesidad abrumadora de realizar ciertos comportamientos / rituales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / nerviosismo                | <input type="checkbox"/> Miedos o fobias excesivos   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos recurrentes / intrusivos | <input type="checkbox"/> Preocupaciones significativas con problemas físicos                 |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas                            | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir  |
| <input type="checkbox"/> Dificultades académicas               | <input type="checkbox"/> Poca tolerancia a la frustración                                    |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito o comer en exceso |  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso             |  |

**Formulario de admisión de psicología**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ira explosiva                                    | <input type="checkbox"/> Exhibe un comportamiento sexualmente inapropiado         |
| <input type="checkbox"/> Fatiga   | <input type="checkbox"/> Se agarra la piel o se arranca el cabello                |
| <input type="checkbox"/> Cambios rápidos de humor                         | <input type="checkbox"/> Demasiado emocional                                      |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en casi todas las actividades | <input type="checkbox"/> Inmaduro para la edad                                    |
| <input type="checkbox"/> Sentirse inútil                                  | <input type="checkbox"/> Es muy inquieto  |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados                          | <input type="checkbox"/> No puede permanecer sentado                              |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza                     | <input type="checkbox"/> No puede esperar su turno cuando juega con otros         |
| <input type="checkbox"/> Disminución de la necesidad de dormir            | <input type="checkbox"/> Responde antes de que él o ella escuche toda la pregunta |
| <input type="checkbox"/> Pobre yo estima                                  | <input type="checkbox"/> Rara vez sigue las instrucciones de los demás            |
| <input type="checkbox"/> Agresivo   | <input type="checkbox"/> Miente fácilmente a los demás                            |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales o auditivas               | <input type="checkbox"/> Roba cosas   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de estómago                              | <input type="checkbox"/> Destruye la propiedad de otras personas                  |
| <input type="checkbox"/> Desmotivado                                      | <input type="checkbox"/> Irritable  |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño                           | <input type="checkbox"/> Es cruel con los animales                                |
| <input type="checkbox"/> Demasiado dependiente                            | <input type="checkbox"/> Inicia peleas con otros                                  |
| <input type="checkbox"/> Tímido y retraído                                | <input type="checkbox"/> Pensamientos homicidas                                   |
| <input type="checkbox"/> Silencio   | <input type="checkbox"/> Otro una conducta sual:                                  |
| <input type="checkbox"/> Se daña a sí mismo a propósito                   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Resiste el cambio                                |   |
| <input type="checkbox"/> Autoestimula                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama o la ropa                          |   |

¿Cuáles son sus objetivos para la evaluación y / o la terapia?

---



---



---

¿Cuáles son las 3 cualidades positivas de su hijo?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_