

# Centro de Salud Mental

del Condado de  
Johnson

Suite 130  
6000 Lamar Ave.  
Mission, KS 66202  
(913)831-2550

NOR-ESTE  
Suite 130  
6000 Lamar Ave.  
Mission, KS 66202  
(913) 831-2550

SUROESTE  
1125 W. Spruce  
Olathe, KS 66061  
782-2100(V/TDD)

## HISTORIAL DE INFORMACION DEL NIÑO (Menores de 17 años)

Querido Padre de Familia:

Cuando un niño o adolescente está teniendo dificultades, y existe la posibilidad de que alguna terapia o asesoramiento sea necesaria, los padres y otros miembros de la familia a veces se sienten frustrados, avergonzados y preocupados. Como padres, es natural que nos preguntemos: ¿Es sólo una etapa?, ¿Es esto mi culpa?, ¿Estoy haciendo algo mal?, ¿Que puedo hacer para ayudar?. No es fácil recordar que al echarnos la culpa a nosotros mismos, o a otras personas, o circunstancias no nos traerá los resultados que esperamos.

El personal que trabaja con los niños y sus familias en el Centro de Salud Mental del Condado de Johnson pueden ser un recurso muy importante para cuando estas dificultades se presentan. La información que se nos provee en las próximas 4 páginas nos ayudara a escoger a la persona que trabajará con usted y su hijo(a). Su terapeuta podrá usar la información para prepararse para su primera visita y, al llenar la mayoría de la papelería necesaria ahora, evitará perder mucho tiempo llenando formas durante su primera visita.

Por favor conteste todas las preguntas, añada comentarios que usted crea que pueden ayudar, y luego regrese este paquete a nosotros lo más pronto posible. **Nosotros mantendremos toda la información en estricta confidencialidad y le contactaremos inmediatamente para hacer una cita.**

Sinceramente,

David Wiebe  
Director Ejecutivo

Si necesita ayuda con esta forma por favor contacte al Centro de Salud Mental para asistencia.

El Centro de Salud Mental del condado de Johnson prohíbe la discriminación, por razón de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o impedimentos físicos, en el empleo y en proporcionar servicios.

A los individuos que requieren ayuda para la comunicación efectiva o tal vez tienen otras necesidades haga el favor de avisar al Centro de Salud Mental.

**Información Confidencial**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Legítimo  Adoptado

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de la persona que llena este formulario \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

¿Cuántos años de educación ha completado el niño? \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño educación especial en la escuela? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Raza del niño: Blanco  Afro-americano  Indio Americano  Hispano  Oriental- Asiático  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alguna incapacidad? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, ¿Cual es la incapacidad? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño cobertura medica SRS? \_\_\_\_\_

---

Nombre	Fecha de Nacimiento	Años de educación	¿ Dónde vive?

Por favor, agregue otros niños de la familia y dé la información necesaria:

---

¿Alguno de los niños ha recibido tratamiento por problemas mentales o asesoramiento? Si es así, por favor, indique cuál niño ha recibido tratamiento, dónde y cuándo \_\_\_\_\_

Si alguien lo refirió con nosotros o lo ayudó a usted a decidirse a buscar ayuda, por favor díganos su relación con el niño \_\_\_\_\_ Si usted vino por sí mismo, ¿Cómo supo usted acerca del Centro de Salud Mental? \_\_\_\_\_

¿Cuales comportamientos de su niño le tienen **más** preocupado? \_\_\_\_\_

---

¿Cuánto tiempo tiene de estar preocupado por su niño? \_\_\_\_\_

Hay algún evento o incidente reciente que lo haya hecho buscar ayuda esta vez, por favor descríbalo \_\_\_\_\_

---

**Escuela:**

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Grado actual \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_ Director \_\_\_\_\_

El niño aprende a un ritmo: promedio  despacio  rápido

¿Tiene alguna dificultad con la lectura? Sí  No

La mayoría de sus calificaciones son: A  B  C  D  F

¿Ha habido un cambio dramático en su desempeño en la escuela? Sí  No  Descríbalo: \_\_\_\_\_

¿Que problemas esta teniendo el niño en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Tiene amigos cercanos su niño? \_\_\_\_\_

¿Usted ha consultado con alguien en la escuela sobre estos problemas? \_\_\_\_\_

**CONDUCTA HACIA LOS PADRES**

¿Expresa el niño enojo hacia sus padres? Sí  No  ¿De qué forma? \_\_\_\_\_

¿Ha criticado el niño la conducta de su padre  o su madre?

¿Cómo podría usted calificar la relación que usted tiene con su hijo? Pobre  Buena  Cercana  Distante

¿Que cambios, si ha habido algunos, han tenido en esta relación recientemente? \_\_\_\_\_

¿Que métodos de disciplina están actualmente usando? \_\_\_\_\_

¿Que métodos ha usted tratado en el pasado y encontrado efectivos? \_\_\_\_\_

¿Que métodos no han dado buenos resultados? \_\_\_\_\_

**VIDA FAMILIAR**

¿A quién, en la familia, está el niño más apegado? \_\_\_\_\_

¿Con quién en la familia ha tenido el niño más conflictos? \_\_\_\_\_

¿Qué considera usted, que es el lado fuerte de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles considera usted que son las debilidades de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué situaciones de tensión se presentaron el año pasado? (Por ejemplo: Cambios en la escuela, nacimiento de hermanos, etc.) \_\_\_\_\_

