



Boston Children's Hospital
Outpatient Psychiatry Service
Department of Psychiatry
300 Longwood Avenue, Boston, MA 02115
Tel (617) 355-6680

Cuestionario de psiquiatría para la familia

Este formulario nos dará información acerca de su niño o adolescente. Tiene preguntas acerca de su salud general, desarrollo y salud mental, e incluye preguntas sobre la salud de la familia cercana. El cuestionario se colocará en el historial médico.

Para programar su cita, necesitamos recibir este formulario. Por favor, envíelo de una de las tres maneras siguientes:

Fax: 617-730-0319

Correo electrónico: IntakeOffice@childrens.harvard.edu

Correo postal: Boston Children's Hospital
Outpatient Psychiatry Service Intake Office
Department of Psychiatry
300 Longwood Avenue, Fegan 8
Boston, MA 02115

Por favor, conteste todo lo que pueda. Puede dejar preguntas en blanco. Si hay un profesional de la salud que pueda ver a su niño o adolescente, le daremos una cita y en su primer consulta hablarán de este cuestionario.

Fecha de hoy [Date] ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Nombre del niño o adolescente [Child/Adolescent Name] _____

Fecha de nacimiento [Date of Birth] ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Persona que completa el formulario: [For the person completing this form]

Firma [Signature] _____

Nombre [Name] _____

Relación con el niño o adolescente [Relationship to child/adolescent]:

Madre [Mother] **Padre** [Father] **Abuela** [Grandmother] **Abuelo** [Grandfather] **Otra** [Other]

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PRIMER AÑO DE VIDA [Birth History]

Durante el embarazo, la madre del niño o adolescente: [During pregnancy, did the child/adolescent's mother]

- ¿Se enfermó o tuvo un accidente? [Get sick or have an accident?] Sí [Yes] No
- ¿Tomó algún medicamento? [Take any medicine?] Sí [Yes] No
- ¿Tuvo depresión o estrés? [Have depression/stress?] Sí [Yes] No
- ¿Fumó? [Smoke?] Sí [Yes] No
- ¿Consumió alcohol o drogas? [Use alcohol or drugs?] Sí [Yes] No

El niño o adolescente nació:[Your child or adolescent was born]

- A término [On time] Antes de la fecha [Early] Después de la fecha [Late]

Peso al nacer [Birth weight] _____

¿El niño o adolescente nació con algún problema médico? [Did your child have any medical problems at birth?]
 Sí [Yes] No

Cuando el niño o adolescente era bebé (1-12 meses): [As an infant (1-12 months), your child/adolescent:]

- Sí [Yes] No **Le gustaba acurrucarse** [Liked to cuddle]
- Sí [Yes] No **Era más activo que otros bebés** [Was more active than other babies]
- Sí [Yes] No **Tenía cólicos** [Had colic]
- Sí [Yes] No **Era quisquilloso o irritable** [Was fussy/irritable]
- Sí [Yes] No **Tenía dificultad para dormir** [Had trouble sleeping]
- Sí [Yes] No **Tenía problemas de alimentación** [Had trouble feeding]

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO [Developmental History]

Marque la casilla que mejor describa el momento en que el niño o adolescente hizo cada una de las siguientes actividades por primera vez: [Check the box that best describes when your child did the following]

	Típico [Typical]	Antes [Early]	Tarde [Late]		Típico [Typical]	Antes [Early]	Tarde [Late]
Se sentó solo [Sat alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habló con oraciones [Talked in sentences]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gateó solo [Crawled alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fue al baño solo [Bowel trained]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se puso de pie solo [Stood alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controló la orina, durante el día [Bladder trained, day]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminó solo [Walked alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controló la orina, por la noche [Bladder trained, night]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dijo sus primeras palabras [Said his/her first words]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ató los cordones de los zapatos [Tied shoelaces]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habló con oraciones [Talked in phrases]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montó en bicicleta [Rode Bicycle]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES SOCIALES [Social History]

Número de personas que viven en su hogar (incluyéndolo a usted y al niño o adolescente): [Number of people in your household, including your child/adolescent] _____

¿Hubo grandes cambios u otras situaciones estresantes en la familia en los últimos 2 años (mudanza, divorcio, nuevo trabajo, barrera de idioma, etc.)? [Have there been any big changes or other stressful situations in your child/adolescent's family in the last 2 years (moving homes, divorce, new job, language barrier, etc)?]

Sí [Yes] No

¿Tiene preguntas o preocupaciones con respecto a la identidad de género o la orientación sexual de su niño? [Do you have questions or concerns regarding the gender identity or sexual orientation of your child?]

Sí [Yes] No

Grado en la escuela [Grade in school] _____ **Maestro(s)** [Teacher(s)] _____

Nombre de la escuela [School Name] _____

Teléfono de la escuela [School Phone] _____

¿Recibe el niño o adolescente servicios de educación especial? [Does your child/adolescent get special education services?]

Sí [Yes] No

¿Ha repetido grado? [Has your child/adolescent ever repeated a grade?] Sí [Yes] No

Si contestó que sí, ¿qué grado? [If yes, which grade?] _____

¿Sufre acoso escolar? [Is your child/adolescent bullied at school?] Sí [Yes] No No lo sé [Not sure]

¿Cómo le va al niño o adolescente con las siguientes actividades? [How does your child/adolescent do with the following?]

Trabajo en clase [Schoolwork] Bien [Good] Regular [Average] Mal [Poor]

Deberes [Homework] Bien [Good] Regular [Average] Mal [Poor]

Comportamiento en la escuela [In-school behavior] Bien [Good] Regular [Average] Mal [Poor]

Amistades [Friendships] Bien [Good] Regular [Average] Mal [Poor]

Asistencia [Attendance] Bien [Good] Regular [Average] Mal [Poor]

¿Practica alguna religión la familia del niño o adolescente? [Does your child/adolescent's family practice religion?]

Sí [Yes] No

¿Está el niño o adolescente haciendo algo que a usted le parece peligroso? [Is your child/adolescent doing anything that you think is dangerous?]

Sí [Yes] No

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y MÉDICOS DEL NIÑO Y LA FAMILIA [PAST/FAMILY PSYCHIATRIC & MEDICAL HISTORY]

Si no sabe la respuesta a cualquiera de los puntos de esta lista, puede dejarlo en blanco aquí y preguntarle al terapeuta en su primera cita. [If you aren't sure about any of the items in this list, feel free to leave them blank here and ask your clinician for help in your first appointment.]

	Niño o Adolescente [Child/Adolescent]	Madre del niño o Adolescente [Mother]	Padre del niño o Adolescente [Father]	Hermano del niño o Adolescente [Sibling]	Otro pariente (tío, tía, abuelo) [Other relative]
Ansiedad [Anxiety]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA, TDAH) [ADD/ADHD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista [ASD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva) [Bipolar]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión [Depression]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso del desarrollo [Developmental delay]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la alimentación [Eating disorder]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad intelectual [Intellectual disability]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad del aprendizaje [Learning disability]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento obsesivo/compulsivo [Obsessive/compulsive behavior]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de tics/de Tourette [Tourette's]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrato/negligencia [Abuse/Neglect]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de conducta [Conduct problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oír voces o ver cosas que no son reales [Hearing voices/seeing things]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autolesión (por ej., cortarse, arrancarse el pelo) [Self-harm]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para dormir [Sleep problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso o dependencia de sustancias [Substance use/dependence]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio [Suicide Attempt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ideas de suicidio [Suicidal thoughts]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con los hábitos higiénicos [Toileting problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas de trauma [Trauma symptoms]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Niño o Adolescente [Child/Adolescent]	Madre del niño o Adolescente [Mother]	Padre del niño o Adolescente [Father]	Hermano del niño o Adolescente [Sibling]	Otro pariente (tío, tía, abuelo) [Other relative]
Síntomas físicos sin causa aparente [Unexplained physical symptoms]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento psiquiátrico [Psychiatric treatment]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización psiquiátrica [Psychiatric hospitalization]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas o procedimientos médicos [Medical problems/procedures]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicamentos psiquiátricos previos: Complete esta tabla O lleve una lista de los medicamentos a su cita.
[Prior psychiatric medications: Either fill out this chart OR bring a list of medications with you to your appointment.]

Nombre del medicamento [Name of Medication]	Dosis [Dose]	[Año en que comenzó]	[¿Aún lo toma?]	¿Fue útil? [Helpful?]
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No

Profesionales de salud mental (anteriores y actuales):

[Mental health clinicians (past and current)]

Nombre [Name]	Número de teléfono [Phone number]	¿Sigue con este terapeuta? [Currently seeing this clinician?]
		Sí No
		Sí No
		Sí No

¿Hay alguien más con quien usted considere conveniente que nos comuniquemos? Anote esta información aquí: [Is there anyone else you feel it would be useful for us to contact? Please give this information here:]

Nombre [Name]	Número de teléfono [Phone number]

¡GRACIAS!
[Thank you!]