



FORMULARIO DE INFORMACION DE ADOLESCENTE

Nombre del adolescente: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Raza: _____ Etnia: _____

Religión: _____ Idiomas: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Padre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono:(____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Madre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono:(____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

PROBLEMA ACTUAL:

Razón por cual busca ayuda:

Cuando empezó el problema o los sintamos: _____

Que contribuyo a el problema o los sintamos:

Con quién reside principalmente el adolescente:

Enumere todas las personas que viven actualmente con el niño:

Nombre

Edad

Relación

Ha tenido el adolescente algún trauma o evento estresante: No Si

Describe: _____

Cómo afronta el adolescente el estrés: _____

Ha recibido el adolescente servicios de salud mental: No Si

Nombre del proveedor o centro: _____

Ciudad y Estado: _____

Duración del tratamiento: _____

Razón por el tratamiento: _____

Diagnosis: _____

Alguna vez un familiar ha recibido tratamiento de salud mental No Si

Describe: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del doctor primario del adolescente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier problema de salud que tenga actualmente o que le hayan diagnosticado en el pasado:

MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Para Cual Condición

Describe el consumo de alcohol / drogas del adolescente:

Describe problemas legales que tenga el adolescente:

INFORMACION ACADEMICA

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

La adolescente ha saltado o repetido algún grado: No Si Explique: _____

Ha recibido el adolescente algún servicio de educación especial No Si Explique: _____

EMPLEO (si aplica)

Posición: _____ Titulo: _____

Empleador: _____ Anos: _____

DEVELOPMENTAL HISTORY

Tuvo el adolescente alguno de los siguientes: Embarazo precoz Retraso en caminar Retraso en hablar
 Bajo peso al nacer La enuresis Terapia del lenguaje Terapia ocupacional Terapia física

HISTORIA FAMILIAR

Estado civil del padre: Casado Separado Divorciado Viudo Fallecido

Numero de matrimonios anteriores: _____

Numero de hijos de otros matrimonios: _____

Quién reside en su casa con usted: _____

Estado civil de la madre: Casada Separada Divorciada Viuda Fallecida

Numero de matrimonios anteriores: _____

Numero de hijos de otros matrimonios: _____

Quién reside en su casa con usted: _____

Si los padres están separados o divorciados, qué edad tenía el adolescente cuando se separaron: _____

Cómo se sintió el adolescente con respecto a la separación o divorcio: _____

Con qué padre residió principalmente el adolescente: _____

Mantuvo contacto el adolescente con el otro padre: Si No

Cuales son algunas de las fortalezas de carácter del adolescente: _____

Cuales son algunas limitaciones: _____

Firma del padre/representante legal

Nombre Impreso

Fecha