

**Complete este formulario antes de la primera cita de PATH de su hijo. Puede enviarlo por correo electrónico o por fax antes de la cita, o traerlo ese mismo día.**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Otró: \_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación con el niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Dirección principal: \_\_\_\_\_ Dirección principal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono: (Casa): \_\_\_\_\_

(Celular): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Los padres están:  Casados  Divorciados  Separados  Nunca se casaron

Si corresponde, ¿cuáles son los arreglos de custodia? \_\_\_\_\_

*Indique los nombres de otras personas que tengan un rol de cuidado importante en la vida de su hijo(a) (por ejemplo, padrastro, madrastra, abuelos(as), hermanos(as) adultos(as), amigos cercanos de la familia, etc.).*

Nombre: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la raza de su hijo(a)? (opcional; **marque todas las opciones que correspondan**)

Blanca  India americana o nativa de Alaska

Afroamericana/negra  Asiática/asiática americana

Hispana o latina  Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico

Si ninguna de estas opciones describe a su hijo(a), díganos cómo le identifica: \_\_\_\_\_

¿Quién le remitió a PATH?

Médico: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Psicólogo(a) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela/Profesor(a) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorremitido

Motivo(s) de la remisión:

---

---

---

Proporcione cualquier otro detalle que describa los problemas que afectan a su hijo(a) y cómo espera que PATH pueda ayudarle:

---

---

---

**EVALUACIONES/INTERVENCIONES ANTERIORES:**

¿Ha participado su hijo(a) en alguno de los siguientes?

Terapia ocupacional:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Fisioterapia:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Evaluación/terapia del habla/lenguaje:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Evaluación escolar:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Evaluación/tratamiento psicológico o de salud mental de otro tipo:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Evaluación neuropsicológica:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Evaluación/tratamiento psiquiátrico:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Hospitalización psiquiátrica:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Programa de servicios ambulatorios intensivos:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____
Programa de tratamiento residencial:	_____ Sí	_____ No	Edad: _____

**HISTORIA DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO:**

Edad biológica de la madre en el momento del parto: \_\_\_\_\_

Duración del embarazo (¿cuántas semanas?) \_\_\_\_\_

¿La madre y el bebé salieron del hospital al mismo tiempo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí": \_\_\_\_\_

Complicaciones durante el parto: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí": \_\_\_\_\_

Complicaciones después del nacimiento: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí": \_\_\_\_\_

Internación en UCIN/hospital: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí": \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO:**

A qué edad su hijo(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Comentarios/Problemas: \_\_\_\_\_

¿Comenzó a caminar de manera independiente? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Comenzó a hablar en oraciones de dos palabras? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Comenzó a ir al baño (vejiga, durante el día)? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Comenzó a ir al baño (vejiga, durante noche)? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Comenzó a ir al baño (intestino)?

---

¿Hubo algún período en que usted y su hijo(a) hayan estado separados por semanas/meses?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA:**

Indique cualquier diagnóstico médico que tenga su hijo(a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", ¿cuál? \_\_\_\_\_

Nombre/consultorio del pediatra: \_\_\_\_\_

Otros proveedores que brindan tratamiento:

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha estado hospitalizado(a) alguna vez? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si responde "sí", indique la fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se ha sometido a alguna cirugía? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si responde "sí", indique la fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No lo sé

**HISTORIA EDUCATIVA:**

Grado actual: \_\_\_\_\_ Escuela actual: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿cuántos días POR MES falta su hijo(a) a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha quedado de grado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si es así, ¿en qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo(a) fue suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo(a) recibió los siguientes servicios?

ECI (Intervención en la Primera Infancia) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

PPCD (Programas de Preescolar para Niños con Discapacidades) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

Educación Especial/ IEP (Programa de Educación Individualizada) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

Plan de la Sección 504 \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

RTI (Monitoreo de respuesta a la intervención) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Edad: \_\_\_\_\_

## **HISTORIA FAMILIAR:**

¿Quién vive actualmente en el hogar con su hijo(a)?

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez alguien de su familia experimentó lo siguiente?

Depresión \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Ansiedad y/o ataques de pánico \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
TDAH o síntomas relacionados \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Trastorno bipolar \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Esquizofrenia \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Autismo u otros retrasos del desarrollo \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Problemas del habla/lenguaje \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Diferencias/Dificultades de aprendizaje \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Abuso de sustancias \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Abuso físico/sexual/emocional/otro abuso \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Suicidio o intento de suicidio \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Hipertensión \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si responde "sí", indique quién: \_\_\_\_\_

Otro (por ejemplo, otras enfermedades médicas crónicas; *por favor describa*):

¿Alguna vez el (los) cuidador(es) primario(s) recibió (recibieron) tratamiento por algún problema (por ejemplo, de un proveedor de servicios de salud mental)? Si responde "sí":

¿Alguna vez hubo un caso abierto de CPS que haya involucrado a su hijo(a) o a uno de sus hermanos(as)?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

## **HISTORIA EMOCIONAL/DEL COMPORTAMIENTO:**

¿Su hijo(a) exhibe actualmente alguno de los siguientes comportamientos o síntomas?

Agresión	Dieta/ejercicio excesivo	Mentir	Problemas para dormirse
Ansiedad/preocupación	Problemas de alimentación	Obsesiones/compulsión	Miedos/fobias específicas
Cambios en el apetito	Dolores de cabeza	Cambios en el estado de ánimo	Robar
Discutir a menudo	Hiperactividad	Sin/pocos amigos	Dolores/molestias estomacales
Problemas con la imagen corporal	Impulsividad	Conflictos entre pares	Uso/abuso de sustancias
Dolor crónico	Irritabilidad	Estado de ánimo triste prolongado	Pensamientos suicidas
Desafiante	Problemas legales	Huir de su hogar	Tics
Depresión	Baja energía/fatiga	Daño a sí mismo(a) (por ej.: cortarse)	Retraimiento
Distraído(a)	Baja autoestima	Convulsiones	

¿Su hijo(a) exhibe actualmente algún otro comportamiento o síntoma preocupante?

---

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

¿Puede proporcionar transporte para su hijo(a) hacia/desde el programa (de lunes a viernes, ingreso a las 7:30-8:00 a.m. y retiro a las 3:00 p.m., durante aproximadamente 4-5 semanas)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si responde "no", ¿está interesado en intentar recibir alguno de los siguientes?

\_\_\_\_\_ Transporte de Medicaid (solo Medicaid)

\_\_\_\_\_ Reembolso de combustible (solo Medicaid)

\_\_\_\_\_ Pases de autobús

¿Hay alguna barrera que pueda dificultarle la participación a usted y/o a su hijo(a) en el programa (por ejemplo, el horario de trabajo de los padres/cuidadores, falta de cuidado infantil para otros niños, etc.)?

---

---

---

Indique las fortalezas de su hijo(a):

---

---

---

Indique los intereses de su hijo(a) y/o sus actividades extracurriculares:

---

---

---

Por favor proporcione cualquier información adicional sobre su hijo(a) que crea que el equipo de PATH debería conocer:

---

---

---

**Recordatorios:**

- Lleve todos los registros pertinentes (por ejemplo, registros escolares, pruebas/evaluaciones anteriores, sentencia de divorcio, otros acuerdos de custodia y/o tutela, si corresponde) a la primera cita del Programa PATH de su hijo(a).
- **Puede enviarnos este formulario completado por correo electrónico o por fax antes de su cita:**
  - o **Correo electrónico:** PATHProgram@uth.tmc.edu
  - o **Fax:** (713) 486-0860
  - o **Teléfono:** (713) 500-7840

**Gracias por completar este formulario.** Sus respuestas ayudan a nuestro equipo a obtener más información sobre su hijo(a) y a determinar la mejor manera de satisfacer sus necesidades.