



CENTRO INTEGRAL DE PSICOLOGÍA APLICADA
Universidad del Valle de Guatemala
17 avenida 10-97 zona 15, Vista Hermosa III
Teléfono: 2507-1524
PBX: 2507-1500 Ext. 21364
Correo electrónico: cipa@uvg.edu.gt
Guatemala, Guatemala



HISTORIA PSICOLÓGICA DE CLIENTES MENORES DE EDAD (FRM_PCE_08)

*Toda la información que se pregunta a continuación debe ser completada por alguno de los padres de familia del/la menor, por ambos padres de familia o por el/la adulto(a) encargado(a) del/la menor de edad.

I. MOTIVO DE CONSULTA (Problema principal)

- ¿Por qué viene hoy a CIPA?, ¿Cuál es el problema?, ¿En qué puedo ayudarle?: Mi hija se muestra aislada hacia todos en la familia y queremos saber qué le está sucediendo, ya que tuvo un cambio repentino entre el año pasado y este.

- ¿Hace cuánto tiempo se ha presentado este problema? Aproximadamente 6 meses.
- ¿Cuándo notaron por primera vez este problema? Cuando inició 5to primaria en el 2015.

- ¿Qué parece mejorar el problema? Cuando le damos su espacio y no la interrogamos.

- ¿Qué parece empeorar el problema? Cuando invadimos su espacio e intentamos comunicarnos directamente.

- ¿Ha sido el/la menor de edad evaluado(o) o está en tratamiento por el problema actual o por algo similar? Sí ☐ No ☒
- ¿Cuántas veces? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Más veces ☐
- ¿Cuándo y dónde? _____
- Si a través de dicha evaluación se recibió un diagnóstico, ¿cuál fue ese diagnóstico? _____

- ¿Está el/la menor de edad en la actualidad tomando algún medicamento? Sí ☐ No ☒
- ¿Cuál medicamento? _____
- ¿En qué dosis? _____
- ¿Quién lo recetó? _____
- ¿Quién le refirió a CIPA o cómo se enteró de CIPA? La directora del Colegio Guatemala ha enviado varios alumnos.
- ¿Por qué decidieron acudir en este momento y no antes? Porque hasta este momento está interfiriendo con sus

demás ámbitos (colegio y amistades).

II. DATOS FAMILIARES

❖ MENOR DE EDAD

Apellidos: Guerra López Nombre(s): Jessenia
Fecha de Nacimiento: 2/02/2004 Edad (años y meses): 12 años con 7 meses
Informante: Madre ☒ Padre ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Otro: _____

❖ PADRE

Nombre: José Juan Guerra Asturias
Edad: 40 años Nivel educativo: Bachiller
Ocupación actual: Motorista de una empresa de medicinas.
Dirección: Colonia La Pirámide zona 7.
Celular: 3840-9733 Teléfono casa: No tenemos.
Correo electrónico: jjguerraasturias@hotmail.com
Teléfono de emergencia: 4056-7888

❖ MADRE

Nombre: María Jessenia López Carrillo
Edad: 41 años Nivel educativo: Secretaria
Ocupación actual: Secretaria
Dirección: Colonia La Pirámide zona 7.
Celular: 4056-7888 Teléfono casa: No tenemos.
Correo electrónico: No tengo.
Teléfono de emergencia: 3789-9043

❖ ENCARGADO(A)

Parentesco con el/la menor de edad: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Nivel educativo: _____
Ocupación actual: _____
Dirección: _____
Celular: _____ Teléfono casa: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono de emergencia: _____

❖ SITUACIÓN FAMILIAR GENERAL

Estado civil de los padres: Casados ☒ Separados ☐ Divorciados ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Unión Libre ☐
El/la menor de edad vive con: Ambos padres y hermano menor.
Edad que tenía el/la menor de edad cuando ocurrió la separación/divorcio/muerte del progenitor: _____

Personas que viven en el hogar

Nombre	Edad	Parentesco con el/la menor de edad	Calidad de la relación con el/la menor		
José Juan Guerra Asturias	40	Papá	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input checked="" type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
María Jessenia López Carrillo	41	Mamá	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input checked="" type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Carlos José Guerra López	7	Hermano	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input checked="" type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>

Familiares que viven fuera del hogar

Nombre	Edad	Parentesco con el/la menor de edad	Calidad de la relación con el/la menor		
Josefa Carrillo Estrada	76	Abuela materna	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input checked="" type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Moisés López Moreno	77	Abuelo materno	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input checked="" type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Ana María López Carrillo	44	Tía materna	Buena <input checked="" type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Yoselyn López Carrillo	47	Tía materna	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input checked="" type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Antonio Guerra Hernández	80	Abuelo paterno	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input checked="" type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
			Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>

III. HISTORIA DEL DESARROLLO DEL/LA MENOR DE EDAD

❖ EMBARAZO, NACIMIENTO E INFANCIA TEMPRANA

¿Durante el embarazo, recibió medicamento la madre? Sí ☐ No ☒

¿Qué tipo de medicamento? _____

¿Durante el embarazo, fumó tabaco la madre? Sí ☐ No ☒

¿Cuántos cigarrillos al día? _____

¿Durante el embarazo, ingirió la madre bebidas alcohólicas? Sí ☐ No ☒

¿Aproximadamente, cuánto alcohol ingirió cada día? _____

¿Durante el embarazo, uso drogas la madre? Sí ☐ No ☒

¿Qué clase de drogas?

-Depresores y sedantes analgésicos:

Alcohol (Etanol) ☐ Heroína ☐ Metadona ☐ GHB (Ácido Y-Hidroxi-butírico) ☐ Ketamina (Kit Kat) ☐ Benzodiazepina ☐

-Alucinógenos:

Éxtasis (MDMA) ☐ LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico) ☐ Mescalina (Peyote) ☐ Hongos alucinógenos (Hongo Psilocybe) ☐

Marihuana (Tetrahidrocannabinol) ☐

-Estimulantes:

Cocaína (Benzoilmetilecgonina) ☐ Crack ☐ Tabaco (Nicotina) ☐ Anfetamina ☐ Cafeína (Café) ☐ Teobromina (Té) ☐

Más detalles del consumo de drogas: _____

Tipo de nacimiento: Parto natural ☒ Cesárea ☐

Razón de la cesárea: _____

Tipo de asistencia del parto:

¿Necesitó algún tipo de asistencia especial? (Ej. Fórceps, etcétera)

¿Fue niño(a) prematuro(a)? Sí ☐ *¿Cuántos meses?: No ☒

¿Necesitó hospitalización al nacer? Sí ☐ No ☒ *¿Durante cuánto tiempo?:

¿Cuál fue el peso del/la niño(a) al nacer? **7 libras**

¿Hubo algún defecto de nacimiento o complicaciones al nacer? Sí ☒ No ☐

Si su respuesta es sí, por favor describa: **Problemas respiratorios, necesitó estar en incubadora por 1 día.**

¿Hubo algún problema con el ciclo del sueño? Sí ☐ No ☒

Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

¿Hubo algún problema con la alimentación? Sí ☐ No ☒

Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

¿Fue alimentado con lactancia materna? Sí ☐ No ☒

¿A qué edad dejó de recibir leche materna? Sí ☐ No ☐

De bebé, él/ella ¿Fue tranquilo(a)? Sí ☒ No ☐

¿Le gustaba que lo cargaran y arrullaran en brazos? Sí ☒ No ☐ A veces ☐

¿Se mostraba alerta a lo que pasaba a su alrededor? Sí ☒ No ☐ A veces ☐

¿Hubo algún problema específico en el crecimiento y desarrollo del/la niño(a) durante los primeros años? Sí ☐ No ☒

Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

La siguiente es una lista de conductas infantiles y preescolares. Indique la edad en la que el/la menor de edad demostró por vez primera cada conducta. Si no está seguro(a) de la edad pero tiene alguna idea, escriba la edad seguida por un signo de interrogación (?). Si no recuerda la edad en la que ocurrió la conducta, escriba únicamente un signo de interrogación (?) en el espacio. Por favor indique si el/la menor de edad manifestó alguna habilidad o dificultad especial con relación a cada conducta.

Conductas infantiles preescolares

Conducta	Edad	Información importante (habilidad/dificultad)
Mostró respuesta a la madre	4 meses	
Volteó la cabeza	6 meses	
Balbuceó (expresó sonidos)	2 meses	
Gateó	7 meses	No gateó como acostumbran los demás bebés.
Caminó sin ayuda	1 año	
Se sentó sin ayuda	9 meses	
Dijo su primera palabra	9 meses	Su primera palabra fue mama.
Unió varias palabras	2 años	
Logró control de esfínteres (no orinarse)	3 años	
Se mantuvo seco en la noche	3 años	
Se alimentó sin ayuda	4 años	
Manejó triciclo	5 años	No se le pudo comprar antes.

Observaciones adicionales: **Siempre fue una bebé inteligente y amorosa.**

IV. HISTORIA ACADÉMICA DEL/LA MENOR DE EDAD

Indique las instituciones educativas a las que el/la menor de edad ha asistido en cada etapa escolar y cualquier otra información que usted considere importante sobre esas instituciones educativas o esas etapas.

Instituciones Educativas

Etapa Escolar	Institución Educativa	Información importante
Preescolar	Colegio Las Caperucitas	Le daba mucho miedo separarse de mí.
Primaria	Colegio La Pirámide	Estuvo desde primero primaria hasta la actualidad.
Secundaria	Colegio La Pirámide	
Diversificado		

Año que el/la menor de edad cursa actualmente: 6to primaria.

Carrera universitaria que menciona quiere estudiar: Administración o mercadeo

Profesión que menciona que quiere desempeñar en el futuro: Vendedora

¿Ha sido retenido(a) en algún grado? Sí ☐ No ☒

Si su respuesta es sí, describa: ¿Qué grado, cuántas veces y por qué? _____

Marque cualquier problema escolar que el/la menor de edad exhiba en la actualidad:

Problemas Escolares

Problema	Sí	Problema	Sí
Dificultades con la lectura		Dificultades para llevar al material de la escuela a la casa o viceversa	X
Dificultades con la escritura		Malos hábitos de estudio	X
Dificultades con la matemática	X	Dificultades para participar en la clase	
Dificultades con la ortografía		Dificultades para hacer amigos	
Dificultades con la psicomotricidad fina		Dificultades para comunicarse con sus profesores	
Dificultades con la psicomotricidad gruesa		Dificultades para aprender otra idioma	
Dificultades con la atención		Dificultades para hacer deporte	
Dificultades con la concentración		No entra a clases	
Dificultades con la memoria		Dificultades para cumplir con las normas	X
Dificultades para tomar notas		No le gusta ir al colegio	X
Dificultades para estudiar	X	Está molestando a otro(a)s estudiantes	X
Dificultades para apuntar tareas	X	Está siendo molestado(a) por otro(a)s estudiantes	

Materias con las que el/la menor de edad tiene dificultad: Matemáticas sobre todas las materias.

¿Recibe el/la menor de edad ayudas especiales en el colegio/la escuela? Sí ☐ No ☒

Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

¿Ha recibido tutorías especiales? Sí ☒ No ☐

Si su respuesta es sí, por favor describa: Para los exámenes de matemática, ya que su papá y yo no tenemos mucha habilidad en el área.

V. HISTORIA MÉDICA DEL/LA MENOR DE EDAD

Marque cualquier enfermedad o condición que el/la menor de edad haya tenido. Cuando marque un ítem, también anote la edad o fecha aproximada en la que presentó esa la enfermedad o condición.

Enfermedades/Condiciones

Enfermedad/Condición	Sí	Edad	Enfermedad/Condición	Sí	Edad
Meningitis (Inflamación de las meninges)			Mareos		
Encefalitis (Inflamación del encéfalo)			Infecciones ¿Cuáles?:		
Fiebres altas			Problemas digestivos ¿Qué tipo?:	X	12 años gastritis
Convulsiones			Problemas visuales ¿Qué tipo?:	X	10 años usa lentes
Lesiones en la cabeza ¿En qué zona?: Frontal (En frente) <input type="checkbox"/> Parietal (Arriba) <input type="checkbox"/> Occipital (Del lado) <input type="checkbox"/> Temporal (Abajo) <input type="checkbox"/>			Desmayos		
Caídas ¿De qué tipo?			Ictericia (Coloración amarillenta debido al aumento de Bilirrubina)		
Fracturas ¿En dónde?:	X	A los 8 años en la pierna.	Hepatitis		
Hospitalizaciones ¿Por qué?:			Eczema o Urticaria (Lesiones rojas en la piel y picazón)		
Operaciones ¿De qué?:			Cáncer ¿Qué tipo?:		
Alergias ¿Cuáles?			Diabetes		
Parálisis ¿De qué miembro?:			VIH		
Problemas auditivos ¿De qué tipo?:			Problemas cardíacos ¿De qué tipo?:		

Problemas respiratorios ¿Qué tipo?:	X	Al nacer, neumonía	Temblores ¿Dónde?:		
Problemas motores ¿De qué tipo?:			Intentos de suicidio ¿Cómo?:		

Otras enfermedades o condiciones: _____

VI. HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Anote cualquier enfermedad o condición que cualquier miembro de la familia cercana (padres, hermanos, abuelos, tíos y primos) haya tenido. Cuando marque un ítem, anote la relación del familiar con el/la menor de edad.

Enfermedades/Condiciones de familiares

Enfermedad/Condición	SÍ	Relación con menor de edad	Enfermedad/Condición	SÍ	Relación con menor de edad
Cáncer ¿Qué tipo?:			Epilepsia		
Diabetes ¿Qué tipo?:	X	Padre	Infecciones ¿De qué tipo?:		
Problemas cardíacos ¿De qué tipo?:			Problemas auditivos ¿De qué tipo?:		
Problemas respiratorios ¿De qué tipo?:			Problemas visuales ¿De qué tipo?:		
Problemas digestivos ¿De qué tipo?:	X	Madre	Desmayos		
Problemas renales ¿De qué tipo?:			VIH		
Problemas hepáticos ¿De qué tipo?:			Accidente grave ¿De qué tipo?:		
Problemas cerebrales ¿De qué tipo?:			Intento de suicidio ¿Cómo?:		
Problemas reproductivos ¿De qué tipo?:			Alcoholismo	X	Abuelo paterno
Problemas nerviosos ¿De qué tipo?:			Depresión ¿De qué gravedad?:	X	Abuelo paterno
Problemas emocionales ¿De qué tipo?:	X	Tía materna	Retraso Mental ¿De qué severidad?:		

Problemas motores			Problemas de aprendizaje		
Derrame cerebral			Drogadicción		
Parálisis ¿De qué miembro?:			Otros problemas psiquiátricos		
Tabaquismo	X	Abuelo paterno	Incapacidad física		

VII. MANIFESTACIONES CONDUCTUALES Y SOCIALES DEL/LA MENOR DE EDAD

Marque cualquier conducta o problema que el/la menor de edad exhiba en la actualidad:

Conductas/Problemas

Conducta/Problema	Sí	Edad	Conducta/Problema	Sí	Edad
Dificultades del habla/lenguaje			Tiene pesadillas frecuentemente		
Dificultades auditivas			Tiene problemas de sueño		
Dificultades visuales	✓	10 años	Se da golpes en la cabeza		
Dificultades de coordinación			Se corta intencionalmente		
Pobre control de esfínteres			Es demasiado(a) activo(a)		
Pobre control anal			Es agresivo(a)	✓	11 años
Encopresis (incontinencia fecal; incapaz de retener heces)					
Incontinencia urinaria (Ej. Se orina en la cama)			Es impulsivo(a)		
Retiene la respiración			Es torpe a nivel motor (en los movimientos que hace)		
Mece el cuerpo frecuentemente			Es desatento(a)	✓	11 años
Es temerario(a) (Ej. Realiza conductas extremadamente peligrosas)			Prefiere estar solo(a)	✓	11 años
No se lleva bien con sus padres	✓	11 años	No se lleva bien con sus hermanos	✓	Siempre
No se lleva bien con los compañeros del colegio	✓	11 años	No se lleva bien con sus profesores	✓	11 años
Se come las uñas	✓	11 años	Tiene problemas al comer ¿De qué tipo?:		
Es demasiado pasivo(a)			Llora exageradamente	✓	Siempre
Es demasiado enojado(a)	✓	11 años	Se muestra demasiado(a) triste		
Es desobediente e insolente	✓	11 años	Realiza acciones negativas para llamar la atención de los demás	✓	11 años
Ha intentado suicidarse			Ha hecho daño a animales o personas		
Tiene fuertes temores			Tiene hábitos extraños ¿Cuáles?:		
Hace movimientos extraños ¿De qué tipo?: Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/>			No establece contacto visual cuando se le habla		

Tronco <input type="checkbox"/>				
Piernas <input type="checkbox"/>				
Pies <input type="checkbox"/>				
Se da por vencido(a) fácilmente	<input checked="" type="checkbox"/>	11 años	Se chupa el dedo	
No quiere ir al colegio	<input checked="" type="checkbox"/>	11 años	No quiere hacer tareas	<input checked="" type="checkbox"/> 11 años
Se obsesiona con ciertos temas	<input checked="" type="checkbox"/>	11 años	Se muestra inflexible	<input checked="" type="checkbox"/> 11 años

VIII. HISTORIA DE LA FAMILIA DEL/LA MENOR DE EDAD

En esta sección usted puede anotar datos sobre las características más importantes del ambiente familiar. El propósito es poder entender cuál es el ambiente familiar que rodea al menor de edad y detectar, si los hubiera, factores en ese ambiente que pudieran constituir elementos predisponentes o contribuyentes de los problemas actuales del/la menor de edad. No intentamos registrar toda la información que puede necesitarse al respecto. Usted tendrá la oportunidad de discutir eso con el terapeuta/consejero en mayor detalle, pero sí necesitamos dejar registro de los datos más importantes.

Los padres del/la menor de edad puede decirse que poseen:

Aspecto	Bueno(a)	Regular	Malo(a)
Comunicación (verbal y no verbal)		X	
Acuerdo respeto al trato de lo(a)s hijo(a)s		X	
Capacidad para compartir actividades e interés		X	
Capacidad para resolver problemas y diferencias		X	
Situación económica y financiera			X
Actividad social		X	
Satisfacción de necesidades íntimas			X
Una red de apoyo dentro de la familia o fuera de la familia			X
Compromiso con el rol de padres	X		

Situación legal: Ninguna

¿Qué posición ordinal ocupa el padre del niño/a entre sus propios hermanos?:

El mayor ☐ El de en medio ☐ El menor ☐ El único ☒

Otro (explique): _____

Indique el número de hermano(a)s del padre: _____

Anote algunas de las características más importantes de la familia de origen del padre:

El papá es alcohólico y tiene problemas de depresión, por lo tanto no tenemos mucha relación con el mismo.

Indique el número de hermano(a)s de la madre: 2

Anote algunas de las características más importantes de la familia de origen de la madre:

Buena relación entre las 3 hermanas, siempre hemos sido muy unidas desde la infancia. Son tías consentidoras.

IX. TÉCNICAS DISCIPLINARIAS

Marque las técnicas que usualmente usan con el/la menor de edad cuando él/ella se comporta de forma inapropiada:

Técnica disciplinaria	Sí	Técnica disciplinaria	Sí
Ignorar la conducta		Regañarlo	X
Sentarlo(a) en un silla		Decirle que no lo vuelva a hacer y dejarlo pasar	
Pegarle ¿Cómo?	X	Redirigir su interés	
Mandar(a) a su cuarto	X	Mostrarse enojado(a) con lo que él/ella hizo	X
Suprimirle alguna actividad (Ej. Ver televisión, jugar videojuegos, jugar con la computadora, etc.)	X	Mostrarse triste con lo que él/ella hizo	
Suprimirle la comida		Razonar con él	X
Gritarle	X	Asignarle alguna tarea	
Dejarlo solo para evitar tener que castigarlo		Tiempo Fuera (ordenarle que se dirija a cierto lugar reservado y durante cierto tiempo, para que se calme y reflexione sobre lo que hizo)	

Otra técnica (describa): Explicarle que fue lo que hizo mal y que tendrá consecuencias.

¿Qué técnicas disciplinarias son usualmente efectivas?: Explicarle y suprimirle alguna actividad.

¿Con qué tipo de problema(s)?: Rabietas e insolencias en el hogar.

¿Qué técnicas disciplinarias no son usualmente efectivas?: Regañarla y pegarle.

¿Cuáles son las formas más satisfactorias que usted ha encontrado para ayudar al menor de edad?: Explicarle que está haciendo mal, sin pegarle o gritarle.

X. HISTORIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ha recibido el/la menor de edad algún servicio psicológico previamente: Sí ☐ No ☒

Si su respuesta fue sí, por favor indique los tipos de servicios que ha recibido:

Psicoterapia ☐ Consejería ☐ Evaluación Psicológica ☐ Evaluación Psicoeducativa ☐

Indique de parte de quién ha recibido esos servicios psicológicos:

Terapeuta/Consejero(a) privado(a) ☐ Consejero(a) escolar ☐ Evaluador(a) privado(a) ☐ Evaluador(a) escolar ☐

Otro(a): _____

¿Está asistiendo el/la menor de edad con otro(a) profesional actualmente? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta fue sí, por favor indique con quién: _____

¿Alguien los refirió a CIPA? Sí ☒ No ☐

Si su respuesta fue sí, por favor indique quién:

Familiar ☐ Terapeuta/Consejero(a) ☐ Director(a) escolar ☒ Profesor(a) ☐ Doctor(a) ☐ Amigo(a) ☐ Otro: _____

XI. SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA FAMILIA

❖ Situación del padre:

Empleado ☒ Desempleado ☐ Con pensión ☐ Recibe ayuda económica de alguien más ☐ Retirado(a) ☐

En caso de que esté empleado indique lo siguiente:

Nombre del trabajo: Motorista

Ingresos mensuales totales: Q2,000 ¿Cuánto de eso aporta a la casa? Q1500

❖ Situación de la madre:

Empleada ☒ Desempleada ☐ Con pensión ☐ Recibe ayuda económica de alguien más ☐ Retirado(a) ☐

En caso de que esté empleada indique lo siguiente:

Nombre del trabajo: Secretaria

Ingresos mensuales totales: Q2,500 ¿Cuánto de eso aporta a la casa? Q2,000

❖ Situación de encargado(a) principal:

Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Con pensión ☐ Recibe ayuda económica de alguien más ☐ Retirado(a) ☐

En caso de que esté empleado indique lo siguiente:

Nombre del trabajo: _____

Ingresos mensuales totales: _____ ¿Cuánto de eso aporta a la casa? _____

❖ Situación económica familiar:

Monto aproximado de ingresos mensuales totales de la familia: Q.3,500

¿Cuántos miembros dependen de estos ingresos? 5

¿Cómo definiría su situación económica de la familia? Buena ☐ Regular ☒ Mala ☐

Situaciones particulares: Deuda con orden de arraigo ☐ Deuda sin orden de arraigo ☐

Por favor indique a continuación cualquier otra información que considera importante para describir la situación económica familiar: El abuelo paterno depende económicamente de mi esposo.

XII. OTRA INFORMACIÓN

¿Cuáles son las actividades favoritas del menor de edad? (actividades lúdicas/sociales/hobbies/académicas, etcétera)
Indíquelas en orden de preferencia:

1. Escuchar música 2. Deporte 3. Estar en Facebook
4. Juegos de mesa 5. Videojuegos 6. _____

¿Qué actividades le gustan menos al menor de edad? (actividades lúdicas/sociales/hobbies/académicas, etcétera)
Indíquelas en orden de aberración:

1. Hacer tareas 2. Dibujar 3. Estudiar

4. Leer 5. _____ 6. _____

¿Qué actividades le gustaría a usted que el/la menor de edad realizara más a menudo de lo que actualmente realiza? (actividades lúdicas/sociales/hobbies/académicas, etcétera) Indíquelas en orden de preferencia:

1. Estuviera en natación 2. Karate 3. _____

¿Qué impide que realice las actividades antes mencionadas?: El aspecto económico

❖ Problemas en el ambiente familiar:

A continuación por favor escriba los problemas más importantes que los responsables del/la menor de edad perciben en el ambiente familiar. De ser posible, este resumen debiera ser el resultado de una cuidadosa discusión entre los adultos involucrados en el cuidado del/la menor de edad. Sin embargo, esto no siempre es posible, de modo que deberá aclararse quién es el autor de estas anotaciones, así como las circunstancias en que las mismas fueron elaboradas. Incluya aquí situaciones entre los miembros de la familia que puedan tener alguna influencia sobre los problemas que actualmente presenta el/la menor de edad o que pudieran, de alguna manera, interferir en su desarrollo. Recuerde que TODO LO QUE USTED ESCRIBA AQUÍ ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL, y es necesario para el mejor entendimiento del caso.

Nuestra vida social es limitada, no vemos seguido a la familia, sobre todo al lado paterno. Nos visitan de vez en cuando las tías maternas que son las que consienten a mis hijos. Nuestra economía es inestable ya que los trabajos no son de buena paga y se atrasan al realizar los pagos cada fin de mes. No nos damos lujos.

Nombre de quien llenó este formulario: Maria Jessenia López Carrillo

Parentesco con el/la menor de edad: Madre

Firma: _____



Fecha: 3/07/2016