**HOJA DE INFORMACIÓN**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño (primer, segundo, apellido): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo del niño asignado al nacer: \_\_\_ masculino \_\_\_ femenino

Identidad de genero del niño: \_\_\_ masculino \_\_\_ femenino \_\_\_ no-binario \_\_\_ otro \_\_\_ elijo no revelar

Dirección del Niño:

Su hijo está actualmente en educación especial? Si No

Tiene su hijo un IEP? Si No

Tiene su hijo un plan de 504? Si No

Grado del Niño (si está aquí durante el verano, el ultimo grado que completó):

Nombre y Dirección de la Escuela del Niño:

* Su Teléfono:

Casa: ( \_) Celular: ( ) Trabajo: ( )

Correo Electrónico:

Referido por:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Autorreferenciado a | * Pediatra/Doctor Familiar | * Psicólogo (trabajador social, terapista, etc.) |
| * Psiquiatra | □ Personal de la escuela | * Otro: |

Cuidad/Municipalidad de Nacimiento del Niño:

Raza del Niño: □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Asiático

* + Negro o Africano-Americano □ Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica
  + Blanco □ Mezclado

Étnea del Niño: □ No Hispano o Latino □ Hispano o Latino

Cuantos años ha vivido el niño en los Estados Unidos?años

Nombre le la Persona Completando Este Formulario: Cual es su relación con el niño? □ Madre □ Padre □ Tutor Legal □ Padrastro □ Padre Adoptivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Su Fecha de Nacimiento :/ \_/ | Su Lugar de Nacimiento: |  |
| Su sexo asignado al nacer: \_\_ femenino \_\_ masculino | | |
| Su identidad de género: \_\_ femenino \_\_ masculino \_\_ no-binario \_\_ otro \_\_ elijo no revelar | | |

Su raza:

* + - Indio Americano/Nativo de Alaska □ Asiático
    - Negro o Africano-Americano □ Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica
    - Blanco □ Mezclado

Su Étnea: □ No Hispano o Latino □ Hispano o Latino

Cuantos Años ha Vivido Usted en los Estados Unidos? años

Su Estado Civil: □ Casado/a o Pareja Doméstica □ Soltero/a, Nunca Casado/a

* + - * Divorciado/a o Separado/a □ Viudo/a

Si separado/divorciado/a, frecuencia de contacto entre el niño y su ex-pareja:

* Ningún contacto □ 1-2 días al mes □ 3-4 días al mes
* 5-9 días al mes □ 10 o mas días al mes
* Si no en una base mensual regular (ej., solo en vacaciones o una vez al año) aproximadamente cuantos días al año?

Su educación (Marque el nivel más alto alcanzado):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Alguna Escuela Primaria | * Escuela Primaria | * Alguna Secundaria | * Secundaria |
| * (Diploma de Equivalencia General) GED | * Alguna Universidad | * Asociado (AA) | * Bachiller |
| * Maestría | * (Doctorado) Ph.D. | * Diploma Técnico | * Diploma Avanzado (MD, J.D., etc.) |

Usted trabaja actualmente? □ Si □ No

Si si, □ A Tiempo Parcial □ A Tiempo CompletoOcupación:

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre el padre biológico de su hijo/a. Si su hijo/a no tiene contacto con su padre biológico o esto no aplica, por favor responda a las siguientes preguntas sobre su padrastro o la pareja con la que usted vive.

Por favor indique si este (Padre 2) es lo siguiente del niño:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Padre Biológico □ Padrastro | * Padre Adoptivo | * Pareja de la madre que vive en casa |
| El Padre 2 está actualmente presente en esta evaluación? | * Sí | * No |

Sexo del Padre 2 al asignado al nacer: \_\_ femenino \_\_ masculino

Identidad de genero del Padre 2: \_\_ femenino \_\_ masculino \_\_no-binario \_\_ otro \_\_ elijo no revelar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Raza del Padre 2: | * Indio Americano/Nativo de Alaska | * Asiático |
|  | * Negro el afroamericano | * Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica |
|  | * Blanco | * Mezclado |

Étnea del Padre 2: □ No Hispano o Latino □ Hispano o Latino Cuantos años ha vivido el Padre 2 en los Estados Unidos?años

Educación del Padre 2 (Marque el nivel más alto alcanzado):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Alguna Escuela Primaria | * Escuela Primaria | * Alguna Secundaria | * Secundaria |
| * (Diploma de Equivalencia General) GED | * Alguna Universidad | * Asociado (AA) | * Bachiller |
| * Maestría | * (Doctorado) Ph.D. | * Diploma Técnico | * Diploma Avanzado (MD, J.D., etc.) |

El Padre 2 trabaja actualmente? □ Si □ No

Si si, □ Tiempo Parcial □ Tiempo CompletoOcupación:

Con quien vive el niño actualmente?

* Padre 1 (usted) solamente □ Padre 2 solamente □ Ambos Padres 1 & 2 □ Otro:

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre el hogar de su hijo.

Idioma Que Se Habla en Casa:

Idioma Adicional Que se Habla en Casa:

Ingreso Actual Anual de la Familia:

□ $0 - $20,999 □ $21,000 - $40,999 □ $41,000 - $60,999

□ $61,000- $80,999 □ $81,000- $99,999 □ $100,000 - $124,999

□ $125,000 - $149,999 □ $150,000 +

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO LOCALIZADOR DEL CLIENTE** | |
| Por favor denos el nombre, dirección, y número de teléfono de tres individuos que podrían contactarle, en el evento de que se mude, si no pudiéramos localizarlo/a para su participación en cualquier cita de seguimiento. Esta persona no tiene que necesariamente vivir en esta área. No compartiremos ninguna información confidencial, solo que usted estuvo en el centro para propósitos de investigación. | |
| **1.** | **Nombre del Localizador:** |
|  | **Dirección:** |
|  |  |
|  | **Número de Teléfono: ()** |
|  | **Relación:** |
| **2.** | **Nombre del Localizador:** |
|  | **Dirección:** |
|  |  |
|  | **Número de Teléfono: ( )** |
|  | **Relación:** |
| **3.** | **Nombre del Localizador:** |
|  | **Dirección:** |
|  |  |
|  | **Número de Teléfono: ( )** |
|  | **Relación:** |
|  |  |

# INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor liste **todos** los tratamientos y/o evaluaciones **actuales o pasadas** que su hijo/a ha recibido para cualquier problema emocional o psicológico (los problemas pueden incluir pero so están limitados a la Ansiedad, Depresión, Abuso de Sustancias, Trastornos de Alimentación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD), y Esquizofrenia).

Por favor indique cualquier interrupción significativa en tratamientos **actuales**.

Por favor liste en orden cronológico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHAS (mes/año) | PROBLEMAA | TIPO DE TRATAMIENTO y/o  MEDICAMENTO | MÉDICO/AGENCIA |
| Inicio / Final / | | | |
| Inicio / Final / | | | |
| Inicio / Final / | | | |
| Inicio / Final / | | | |
| Inicio / Final / | | | |
| Inicio / Final / | | | |

## Medicamentos del Niño

##### Su hijo está **actualmente** tomando algún medicamento para condiciones psiquiátricas/Psicológicas?

* Si □ No

Por favor liste los medicamentos psiquiátricos que su hijo está tomando **actualmente**:

**Nombre of Medicamento 1**: Tiempo tomando el medicamento 1:

###### Dosis:

* Menos de 4 semanas □ 4-8 semanas □ 8-12 □ 12 semanas o

Ha habido un cambio de dosis en las últimas 4 semanas? □ Si □ No

Si si, la dosis fue de a . Su hijo/a alguna vez ha dejado de tomar el medicamento? □ Si □ No

Si si, por favor indique cuando: / a /

**Nombre of Medicamento 2**: Tiempo tomando el medicamento 1:

###### Dosis:

* Menos de 4 semanas □ 4-8 semanas □ 8-12 □ 12 semanas o

Ha habido un cambio de dosis en las últimas 4 semanas? □ Si □ No

Si si, la dosis fue de a . Su hijo/a alguna vez ha dejado de tomar el medicamento? □ Si □ No

Si si, por favor indique cuando: / a /

**Nombre of Medicamento 3**: Tiempo tomando el medicamento 1:

###### Dosis:

* Menos de 4 semanas □ 4-8 semanas □ 8-12 □ 12 semanas o

Ha habido un cambio de dosis en las últimas 4 semanas? □ Si □ No

Si si, la dosis fue de a . Su hijo/a alguna vez ha dejado de tomar el medicamento? □ Si □ No

Si si, por favor indique cuando: / a /

**Nombre of Medicamento 4**: Tiempo tomando el medicamento 1:

###### Dosis:

* Menos de 4 semanas □ 4-8 semanas □ 8-12 □ 12 semanas o

Ha habido un cambio de dosis en las últimas 4 semanas? □ Si □ No

Si si, la dosis fue de a . Su hijo/a alguna vez ha dejado de tomar el medicamento? □ Si □ No

Si si, por favor indique cuando: / a /

*Por favor déjele saber a un asistente de investigación si necesita una página* *adicional.*