



## Formulario de datos sobre el menor y su familia

Nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ ¿Como prefiere que lo llamen? \_\_\_\_\_

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

Género: M / F / Otro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Grupo étnico o racial con el que se identifica: \_\_\_\_\_

Nombre del que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Servicio que solicita (marque todas las que desea): Evaluación: \_\_\_ Terapia: \_\_\_ Medicación: \_\_\_

Nombre del que derivó al menor a esta clínica: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma(s) habla el menor y las personas que lo cuidan? \_\_\_\_\_

### Información para la registración

Domicilio actual del menor: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El menor vive con: Madre(s): \_\_\_\_\_ Padre(s): \_\_\_\_\_ Padre(s) adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Si el menor no vive con los dos padres, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Si uno de los padres no vive con el menor, ¿lo visita? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

### Seguro médico

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Nro. del seguro médico: \_\_\_\_\_ Nro. de grupo: \_\_\_\_\_

### Padres o encargados del menor

Nombre del primero: \_\_\_\_\_

Teléfonos: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Domicilio (si difiere al del menor): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre del segundo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Domicilio (si difiere al del menor): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Otro padre o encargado: \_\_\_\_\_

Teléfonos: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Domicilio (si difiere al del menor): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Padre sustituto u otro encargado principal del menor en la actualidad (si lo tiene)**

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

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Custodia**

¿Quién tiene custodia legal del menor? \_\_\_\_\_

Teléfonos: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Domicilio (si difiere al del menor): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Persona adicional a quien contactar en caso de emergencia**

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

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Escuela**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**La familia y el hogar**

**Todas** las personas que actualmente viven con el menor:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Género	Relación
_____	_____	_____	M / F	_____
_____	_____	_____	M / F	_____
_____	_____	_____	M / F	_____
_____	_____	_____	M / F	_____
_____	_____	_____	M / F	_____

¿El menor estuvo separado por mucho tiempo de padre(s) o hermano(s)? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿El menor o la familia han vivido experiencias traumáticas o terribles? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Hubo en algún momento violencia doméstica en la familia? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

A su saber, ¿el menor fue víctima de abuso físico en alguna oportunidad? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

A su saber, ¿el menor fue víctima de abuso sexual en alguna oportunidad? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

¿Alguna vez estuvieron involucrados los Servicios de Protección al Menor? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿En algún momento en los últimos 12 meses faltó el alimento o el dinero para comprar alimentos en la familia? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

### **Antecedentes del desarrollo del menor**

¿Existieron problemas durante el embarazo o el parto? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿La madre biológica fumó o tomó drogas o bebidas alcohólicas en el embarazo? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿A qué edad: caminó? \_\_\_\_\_ dijo las primeras palabras? \_\_\_\_\_ dejó completamente los pañales? \_\_\_\_\_ ¿Tuvo dificultades o demoras en dejar los pañales? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Actualmente se orina encima o moja la cama? (marque las que corresponda)

Durante el día: \_\_\_ Durante la noche: \_\_\_ No tiene problemas: \_\_\_

Cuando bebé, ¿el menor era adaptable, fácil de calmar, de complacer y/o de disciplinar? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

¿Al menor se le recomendó o participó en algún programa especial? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

### **Historial médico**

Clínica a la que lleva al menor para su atención básica: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_

¿El menor es alérgico a alimentos o medicamentos? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si es alérgico, ¿a qué le tiene alergia? \_\_\_\_\_

Indique los problemas de salud actuales y pasados, e internaciones y cirugías que le hayan hecho:

Marque con un círculo si el menor ha sufrido de: trauma a la cabeza, pérdida del conocimiento, convulsiones.

Marque con un círculo si el menor ACTUALMENTE tiene problemas de: dolor crónico, de alimentación, del sueño.

Indique todos los medicamentos que toma actualmente el menor: \_\_\_\_\_

Haga un listado de los servicios de salud mental (terapia, evaluaciones, medicamentos) que haya recibido el menor:

---

---

**Antecedentes de salud mental familiar**

Enfermedad o problema	Madre biológica	Padre biológico	Padre adoptivo	Padre adoptivo	Hermano o hermana de sangre	Otro pariente
Depresión						
Trastorno Bipolar						
Intento de suicidio						
Ansiedad						
Esquizofrenia						
Trastornos del espectro autista						
Problema de aprendizaje						
Problema de conducta						
Problema de atención						
Alcoholismo, adicción						
Otro						

Explique sus preocupaciones con respecto al menor (de emociones, conductas, aprendizaje, interacciones con otros, etc.) Puede continuar en la página siguiente si desea: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

