

Rcvd Date: _____

Client No: _____



Centro de Servicios Psicológicos y Desarrollo

Monroe Park Campus ° 612 North Lombardy Street ° P.O. Box 843033 ° Richmond, VA 23284-3033
Número de Teléfono: 804 828-8069 ° Fax: 804 827-1269 ° TDD: 1-800-828-1120
E-mail: cpsd@vcu.edu ° www.has.vcu.edu/psychcenter

V i r g i n i a C o m m o n w e a l t h U n i v e r s i t y

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS

Nombre del Niño (por favor imprimir): _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Calle / PO Box, Apellido, Ciudad, Primer Nombre, Estado, Código Postal

Etnicidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Tutor(es) Legal(es) del niño(a): _____

Por favor marque cuales tipos de servicios necesita:

Psicoterapia: Individual De pareja Para familia Para niños De grupo Clínica de ansiedad
Evaluación: Vocacional o profesional Académica De Personalidad Otro _____

Como se enteró de nosotros? _____

Estatus de Seguro Médico: Privado Código VCC/MCV Medicare/Medicaid No Seguro Médico

Información Escolar:

Nombre de la escuela del/a niño/a: _____

Dirección de la escuela: _____

El grado en el que esta el/la niño/a: _____ Profesor/a: _____

Persona de Cuido/Guardián Primario:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____
Calle / PO Box, Ciudad, Estado, Código Postal

Num.(s) de Teléfono: (haga un círculo alrededor del preferido):
(H): _____ (T): _____ (C): _____

Estatus Matrimonial (Soltera, Casada, Divorciada, etc) _____

Estatus de Empleo (marque una):
 Estudiante Empleada a Tiempo Completo Empleada a Tiempo Parcial
 Desempleada Incapacitada Otro (especifique) _____

Ocupación: _____ Ingreso Total de Familia (antes de impuestos): _____/año.

Para Uso de la Oficina Solamente

Nombre de Terapeuta: _____ Nombre de Supervisor: _____

Fecha de Asignación: _____ Honorario de Tratamiento: \$ _____ Honorario de Evaluación: \$ _____

Rcvd Date: _____

Client No: _____

Guardián Secundario:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____
Calle / PO Box, Ciudad Estado Código Postal

Num.(s) de Teléfono: **(haga un círculo alrededor del preferido):**
(H): _____ (T): _____ (C): _____

Relación al niño(a): _____

Información Médica (niño(a))

¿Ha tenido su hijo alguno(s) de los siguientes problemas médicos?

- Hospitalización médica Hospitalización psicológica Cirugía Enfermedad crónica
- Asma Un golpe a la cabeza Fiebre alta Convulsiones/ataque epiléptico
- Problemas con los ojos/oídos Un accidente serio Enfermedad seria Problemas en oír Alergias
- Pérdida de conocimiento-sentido-conciencia Otro (explica): _____

Por favor describa cualquier problema medico o físico serio o crónico. _____

Favor de hacer una lista abajo de las medicinas actuales y del pasado de su hijo. Favor de incluir (a) nombre de medicina, (b) fechas que esta(ba) tomando, (c) cantidad (ej – 10 mg dos veces al día), (d) nombre del doctor que hizo la receta. _____

Proveedor medico del cuidado primario:

Nombre: : _____ Num. de teléfono: _____

Historial (Niño(a))

1. Cúales son algunos de los sentimientos / pensamientos que tiene su hijo/a? (puede marcar mas de una).

- enojo/cólera depresión ansiedad/pánico alcohol/drogas temores
- llorando todo el tiempo no portarse bien en la escuela problemas de aprendizaje confusión
- problemas en las relaciones adaptación a la vida/mejoras a calidad de vida
- otro _____

2. En sus propias palabras, por favor describa en forma breve el problema de su hijo/a por lo cual esta solicitando ayuda.

Rcvd Date: _____

Client No: _____

3. Por cuanto tiempo se ha estado el/ella sintiendo de esta manera? _____

4. Ha pasado algo recientemente o ha cambiado algo en la vida de su hijo/a que tal vez sea relacionado a estos sentimientos? (puede marcar mas de una).

- Perdida o muerte recien de un amigo/pariente cambio o perdida en el trabajo o vivienda
 otro (por favor especifique) _____

5. Se ha sentido su hijo/a de esta manera en el pasado? No

Sí, (Por favor explica) _____

6. Ha tenido su hijo/a alguno(s) de los siguientes problemas en la escuela?

- peleas falta de amigos drogas/alcohol detención suspensión
 impedimentos en aprender notas malas influencia de una pandilla
 tarea incompleta problemas con comportamiento falta escuela con frecuencia
 otro (explica): _____

7. Excesos de Comportamiento- ¿Actualmente, que es lo que hace su hijo/a con demasiado frecuencia, en exceso, o en los momentos incorrectos que hace que este castigado/ le causa problemas? Favor de enumerar todos los comportamientos en que puede pensar: _____

8. Déficit de comportamiento- ¿Qué no hace su hijo/a tan frecuentemente como quisiera Ud., tanto como quisiera Ud., o cuando Ud. quiera? Favor de enumerar todos los comportamientos en que puede pensar: _____

9. Metas para el tratamiento: ¿Cuáles comportamientos problemáticos de su hijo(a) quiere Ud. enfocar? _____

10. ¿Ha estado su hijo/a en terapia antes? Sí No

11. ¿Ha tenido su hijo/a algún tipo de abuso (físico, sexual, o verbal)? No

Sí, (Por favor explica) _____

12. ¿Ha dicho alguna vez su hijo/a que quería hacerse daño a si mismo o hacerle daño serio a otra persona? ¿Ha tratado alguna vez de hacerse daño a propósito a si mismo u a otra persona? No

Sí, (Por favor explica) _____

13. ¿Ha tenido su hijo/a alguna pérdida emocional (por ejemplo la muerte o separación física de un padre u otra guardián?) No

Sí, (Por favor explica) _____

Rcvd Date: _____

Client No: _____

14. ¿Ha sido su hijo/a cargado/a o condenado/a alguna vez por un crimen (delito menor o crimen)? No

Sí, (Por favor explica) _____

15. Tiene Ud. cualquier otra preocupación sobre su hijo/a o su familia que todavía no ha mencionado? No

Sí, (Por favor explica) _____

Historial (Persona de Cuido/Guardián Primario)

1. ¿Alguna vez ha estado Ud. hospitalizado/a por razones psicológicos? No

Sí (por que razón? cuando?) _____

2. ¿Está Ud. tomando medicinas actualmente, como para ansiedad, depresión, ADHD, etc? No

Sí (nombres/cantidades) _____

3. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma Ud. en una semana típica? Por favor marque la cantidad:

Ninguno 0-3 4-7 8-11 12-15 mas de 15

4. ¿Usa Ud. drogas de la calle o medicinas prescritas para otra persona?

Sí No

5. ¿Alguna vez ha estado Ud. involucrado/a en peleas físicas con otra gente?

Sí No

6. ¿Esta Ud actualmente, o ha sido alguna vez, involucrado con el sistema legal?

Sí No

7. ¿Alguna vez ha estado su familia involucrada con Servicios de Protección de Menores/Child Protective Services?

Sí No

8. ¿Alguna vez ha perdido custodia de sus hijos?

Sí No

Gracias por tomar de su tiempo para completar esta solicitud. Una coordinadora se va a comunicar con Ud pronto para continuar procesando su solicitud.