



Hennepin Healthcare

Formulario de datos sobre el menor y su familia

Nombre legal del menor: _____

¿Como prefiere que lo llamen? _____ Pronombre del menor? _____

Nombre del que completa este formulario: _____

Relación con el menor: _____

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

Nombre del que refirió al menor a esta clínica: _____

Relación con el menor: _____

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

Custodia

¿Quién tiene custodia legal del menor? _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

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: ____

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: _____

Persona adicional a quien contactar en caso de emergencia

Nombre: _____

Teléfonos: _____ Relación: _____

Escuela

Nombre de la escuela: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Grado: _____

Nombre del maestro y correo electrónico: _____

Nombre del Concejero de escuela/Trabajador Social (si lo tiene) _____

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? Sí: ___ No: _____

A su saber, ¿el menor fue víctima de abuso sexual? 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 (¿con o sin prescripción 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: _____

¿Existen algunas otras dificultades o retrasos? Si: _____ 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: _____

Nombre las fortalezas del menor:

Favor de describir cualquier información que identifica al menor y sean importantes para el cuidado del menor (cultural, religioso, genero, orientación sexual, grupo étnico o racial, etc.):

Favor de enumerar las posibles barreras para establecer atención o cualquier apoyo que pueda ayudarle a mantener cuidado consistente:
