



FIRE F.R.I.E.N.D.S.
HISTORIA DE LA SALUD/ INFORMACIÓN JUVENIL



Nombre del Niño (Nombre y apellido)

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico médico o de salud mental (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno por Impulso (Agresión) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden obsesivo compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Desorden hiperactivo y deficit de atencion | <input type="checkbox"/> Desorden de oposición desafiante |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Trastorno específico del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden de conducta | <input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con el trauma y el estrés |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo (intelectual) | |

Other (indique por favor): _____

Tratamientos Actuales de Salud Mental o Médica (marque todas las que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería/Terapia | <input type="checkbox"/> Historia de Justicia de Menores |
| <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia | <input type="checkbox"/> Aplicación de la ley de familia |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil | <input type="checkbox"/> Rendimiento Escolar o Historia del Comportamiento |

Otras agencias que trabajan con la familia (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> División de Servicios para Niños y Familias | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Justicia de Menores Fuerzas del Orden Publico | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Reciente (dentro de 6 meses) Evento estresante en la familia (marque todos los que apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Mover/Reubicar |
| <input type="checkbox"/> Bullying/Teasing-Victim or Perpetrator | <input type="checkbox"/> Recien nacido/Nuevo miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio de los Padres |
| <input type="checkbox"/> Cambio económico en el ingreso familiar | <input type="checkbox"/> Cambio de escuela |
| <input type="checkbox"/> Pérdida/Muerte de un Amigo/Mascota | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Otro (indique por favor): _____

Residencia del menor/familia:

Número de niños en la familia/residencia primaria: _____ ¿Fumadores en el hogar? Sí No

Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Género: _____

Comentarios: