

Coastal Haven Counseling, LLC  
220 Ronnie Ct Suite 2  
Myrtle Beach, SC 29579  
(843) 945-0346



Coastal Haven Counseling, LLC  
3100 Dick Pond Rd Ste D2  
Myrtle Beach, SC 29588  
(843) 945-0346

Sandra Quast, MA, LPC  
Cell: (843) 945-0346

Jill Anderson, MA, LPC  
Cell: (704) 223-0623

Sandy Johnson, MS, LPC  
Cell: (843) 605-0514

Lauren King, LISW-CP  
Cell (843) 504-8346

Jennifer McGonigal, LPC  
Cell: (843) 333-1040

Michael Pickett, LPC  
Cell: (843) 907-2024

Paola Goyeneche, LPC  
Cell: (843) 424-7705

Diane Clark PhD, LPC  
Cell: (910) 712-6824

## **NIÑO FORMULARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL**

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Apodo del niño / Nombre preferido, en su caso: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa / Celular: \_\_\_\_\_ Bien dejar mensaje?  Sí  No

Padre / tutor # 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Bien dejar mensaje?  Sí  No

Qué niño viva con este padre:  Sí  No

Del padre / tutor Ocupación / empleador: \_\_\_\_\_

Padre / tutor # 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Bien dejar mensaje?  Sí  No

Qué niño viva con este padre:  Sí  No

Del padre / tutor Ocupación / empleador: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres: \_\_\_ Soltero \_\_\_ casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo  
\_\_\_ Asociación doméstica

Información de Contacto en caso de Emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono primario: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ número de teléfono del pediatra: \_\_\_\_\_

**La presentación de Problema:** Brevemente describir los problemas / preocupaciones:

---

---

---

**Los miembros del hogar, la edad y la relación:**

---

---

---

---

---

**¿Qué más se siente / creen que sería útil o importante para nosotros saber / entender acerca de sus relaciones con su familia o sobre los miembros de su familia?**

---

---

---

**Hitos del desarrollo:**

(Tenga en cuenta si se logró temprana, tardía o dentro de los límites normales)

Dio la vuelta

normal  temprano tardío

Sat sin apoyo

normal  temprano tardío

arrastrado

normal  temprano tardío

lápiz agarrado / crayón

normal  temprano tardío

Se levantó

normal  temprano tardío

auto Fed

normal  temprano tardío

Caminado

normal  temprano tardío

Habló primeras palabras

normal  temprano tardío

**Dormir:** ¿A qué hora su hijo ir a dormir? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora se despierta a su hijo? \_\_\_\_\_

Por favor describa brevemente rutina de sueño cada noche de su hijo:

---

---

Hace que el niño duerma en su / su propia habitación?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué edad tenía su hijo comienzan a dormir solo? \_\_\_\_\_

(Por favor, compruebe los siguientes elementos que se relacionan con el sueño de su hijo):

- dificultad para permanecer dormido Dificultad para conciliar el sueño   Frecuente despertar del sueño caminar
- Los sudores nocturnos Pesadillas  La enuresis (orinar sobre sí mismo)  Encopresis (la suciedad de la ropa interior)  pesadillas recurrentes

**Persecución** (por favor marque):

Abuso físico

El abuso sexual

Abuso psicológico

víctima de robo

víctima de un asalto

La violencia entre parejas

Violencia doméstica

La trata de personas

DUI / DWI accidente

Los sobrevivientes de las víctimas de homicidio

Otro: \_\_\_\_\_

---

**Las pérdidas recientes:**

Amigo miembro de la familia \_\_\_\_\_ Vivienda Trabajo Salud \_\_\_\_\_ Ninguno

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

La naturaleza de la pérdida? \_\_\_\_\_

---

**Otras pérdidas:**

---

---

---

**Comportamiento:**

(Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos que parecen describir con precisión la personalidad de su hijo o comportamiento):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Shy                   | <input type="checkbox"/> inmaduro            | <input type="checkbox"/> Buen comportamiento  |
| <input type="checkbox"/> Cabezón               | <input type="checkbox"/> impulsivo           | <input type="checkbox"/> temperamento rabieta |
| <input type="checkbox"/> Lloro con facilidad   | <input type="checkbox"/> llora excesivamente | <input type="checkbox"/> dice mentiras        |
| <input type="checkbox"/> La succión del pulgar | <input type="checkbox"/> golpearse la cabeza | <input type="checkbox"/> Los tics y temblores |

- Siempre en movimiento       excesivamente inquieto       Dificultad para prestar atención
- dificultad con transiciones       Dificultad para terminar una tarea       desorganizado
- olvidadizo       enojado       Obtiene frustra con facilidad
- Tiene baja autoestima       El temor de cometer errores       daño a los animales
- Dispuesto a probar nuevas actividades       atento       destructivo / agresiva
- Los temores de ver “estúpida”       Los estados de ánimo cambian rápidamente       Cooperativa
- impulsivo       ve cosas que no existen       escucha voces que no existen
- Se involucra en comportamientos de riesgo       Carece de juicio       Usa drogas
- alcohol Bebidas       Falta a la escuela / clases       Se niega a ir a la escuela
- dificultad para compartir       escucha dificultad       dificultad para entender los chistes
- El comportamiento auto-abusivo       Retirado       Argumentative
- Mala conciencia del tiempo       se pierde con facilidad       se asusta con facilidad
- Los accidentes frecuentes       Roba cosas       Culpar a los demás
- Si no se hace responsable de las acciones       parece incapaz de empatizar con los demás
- dificultad para separarse de cuidador       se distrae mientras ve la televisión
- Los estados de ánimo parecen estar conectados con las estaciones
- Dificultad para tomar o mantener el contacto visual
- juega solo para una longitud de tiempo razonable       Evita ser el centro de atención
- dificultad para permanecer en una tarea durante un largo periodo de tiempo
- rígido / inflexible / dispuestos a probar nuevas actividades o nuevas formas de hacer las cosas

Compulsiones (por favor indique): \_\_\_\_\_

Las obsesiones (por favor indique): \_\_\_\_\_

Miedos (por favor indique): \_\_\_\_\_

Actualmente  suicida  Sí  No ¿Ha sido suicida niño en el pasado?  Sí  No (En caso afirmativo, explique la naturaleza de ideación o intento):

---



---

Homicida (En caso afirmativo, explique la naturaleza de ideación o intento):

---



---

Alguna vez su hijo infligido quemaduras o heridas en su / ella? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No En caso afirmativo, explique:

---

---

**¿Tiene preocupaciones acerca de su hijo en las siguientes áreas? (marque todo lo que corresponda):**

• Comiendo • Higiene / aseo • Dormido • Actividades / reproducción • Relaciones sociales Si es así, por favor describa:

---

---

---

**EMBARAZO Y NACIMIENTO HISTORIA:**

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? • Sí • No Si la respuesta es sí, explique:

---

---

---

• Nacimiento a término • Nacimiento prematuro Hubo alguna complicación durante el parto? • Sí •

No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

---

Se consumen drogas o alcohol durante el embarazo? • Sí • No

el peso del niño al nacer? \_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_ onz.

Se adoptó a su hijo? • Sí • No En caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

Lo que no saben que se adoptaron? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿a qué edad se les dijo? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionaron a la noticia? \_\_\_\_\_

**Los medicamentos actuales:**

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

Razón establecido: \_\_\_\_\_

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

Razón establecido: \_\_\_\_\_

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

Razón establecido: \_\_\_\_\_

**Las hospitalizaciones cliente médica ha tenido en el pasado? (cirugías, enfermedades, accidentes, etc.):**

**Razón**

---

---

---

**Fecha**

---

---

---

**PSIQUIÁTRICO / historia psicológica:**

¿Está su hijo actualmente siendo visto por un consejero? • Sí • No

En caso afirmativo, nombre del consejero actual \_\_\_\_\_ duración del tratamiento \_\_\_\_\_

¿Está su hijo actualmente siendo visto por un psiquiatra? • Sí • No

En caso afirmativo, nombre del psiquiatra actual \_\_\_\_\_ duración del tratamiento \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo diagnosticado con una salud mental, emocional o condición psicológica?

• Sí • No

Si es así, ¿qué diagnóstico se le dio a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo?

\_\_\_\_\_

¿Por quién? \_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo servicios de asesoramiento o ha sido hospitalizado para la salud mental o de drogas y alcohol

preocupaciones en el pasado? • Sí • No

En caso afirmativo, indique anteriores de asesoramiento / hospitalizaciones por problemas de salud / drogas y alcohol mentales: \_\_\_\_\_

---

---

**Educación:**

Por favor marque cualquiera de los siguientes problemas reportados por la escuela o el maestro de su hijo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> lectura                          | <input type="checkbox"/> Escritura                          | <input type="checkbox"/> Matemáticas     |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento<br>concentración  | <input type="checkbox"/> Ajuste Social                      | <input type="checkbox"/> la capacidad de |
| <input type="checkbox"/> Spelling                         | <input type="checkbox"/> Distracción                        | <input type="checkbox"/> Hiperactividad  |
| <input type="checkbox"/> Tras llegar                      | <input type="checkbox"/> El llevarse bien con otros niños   |  |
| <input type="checkbox"/> Llevarse bien con los profesores | <input type="checkbox"/> no completa la tarea con facilidad |  |

Por favor describir la actitud de su hijo hacia la escuela:

---

---

Alguna vez su hijo perdido una cantidad extendida de la escuela?  
Si es así, por favor explique:

---

---

**Por favor, compruebe si su hijo tiene cualquiera de los siguientes?**

• Educación adaptaciones especiales o un 504? Por favor describa:

---

• Un Plan de Educación Individualizada (IEP)? Por favor describa:

---

• Diagnosticado discapacidad de aprendizaje? Por favor describa:

---

• Recibir servicios especiales en la escuela? Por favor describa:

---

**ALOJAMIENTO:**

¿Se consideraría su vivienda a ser: • estable • Si inestable inestable, por favor describa: \_\_\_\_\_

---

Por favor, elija la que mejor describe la disposición actual de la vivienda para este niño:

- Padre / tutor es dueño de la casa
- Padre / tutor alquila casa
- Niño y su familia vivir con familiares / amigos (temporal)
- Niño y su familia vivir con familiares / amigos (permanente) • Sin hogar • Refugio de emergencia

¿Por cuánto tiempo ha vivido este niño en la situación de vida actual?

---

¿Cuántas veces el niño movido en los últimos dos años?

---

**PARTICIPACIÓN DE CUIDADO DE CRIANZA:**

Ha sido su hijo en cuidado de crianza? • Sí • No • Desconocido

De \_\_\_\_\_ edad a razón de edad: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: • La colocación familiar • La colocación no familiar

**Familia Mental Historia de la Salud:**

En la sección de abajo a identificar si hay antecedentes familiares o si tiene algún problema con cualquiera de los siguientes. En caso afirmativo, indique la relación del miembro de la familia a usted (padre, abuela materna, tío paterno, etc.).

Abuso de Alcohol / Sustancia: sí / no

\_\_\_\_\_

Ansiedad: sí / no \_\_\_\_\_

Depresión: sí / no \_\_\_\_\_

Trastorno bipolar: sí / no \_\_\_\_\_

La violencia doméstica: sí / no

\_\_\_\_\_

Trastornos de la alimentación: sí / no

\_\_\_\_\_

Obesidad: sí / no \_\_\_\_\_

Obsesivo compulsivo Comportamiento: sí / no

\_\_\_\_\_

Esquizofrenia: sí / no \_\_\_\_\_

Los intentos de suicidio: sí / no

\_\_\_\_\_

Homicidio o intentos: si no \_\_\_\_\_

Abuso sexual de cliente o de otros miembros de la familia: sí / no \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Desarrollo social y emocional:**

Describir las habilidades sociales actuales de su hijo y las relaciones entre iguales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta si su hijo tiene un historial de ser acosado / molestado o ha sido agresivo en el juego con los demás:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Cómo describiría su hijo socialmente? ¿Cómo cree que su hijo interactúa con sus compañeros en la escuela?

---

---

¿Su hijo tiene dificultades para mantener los amigos?

---

¿Su hijo tiene un mejor amigo? Si es así, ¿con qué frecuencia interactúan en casa o fuera de la escuela?

---

---

Por favor, enumere los pasatiempos de su hijo favorito, actividades y juegos, aparte de los deportes (por ejemplo, piano, libros, muñecas, artesanía, automóviles, etc.). Por favor describa cómo se sienta su hijo hace en estas áreas:

---

---

---

¿Qué deporte tiene su hijo más le gusta jugar? Describir lo bien que hace su hijo en estos deportes en comparación con sus compañeros: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor enumere cualquier adicionales organizaciones, clubes, equipos o grupos en los que tenga su hijo:

---

---

---

¿Cómo su hijo maneja el estrés?

---

---

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

---

---

¿En qué áreas le gustaría ver a su hijo más fuerte?

---

---

¿Hay alguna otra información pertinente que le gustaría compartir?

---

---

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Relacion hacia el niño: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL ALCOHOL / DROGAS:**

¿Usa su hijo tabaco o tabaco sin humo? • Sí • No • No lo sé

¿Usa su hijo alcohol o drogas? • Sí • No • No lo sé

Para su conocimiento, tiene su hijo alguna vez utilizado medicamentos (medicamentos de prescripción o medicamentos de venta libre) de forma recreativa? • Sí • No • No lo sé

Para su conocimiento, su hijo alguna vez ha tomado una sobredosis o inconsciente en el alcohol u otras drogas?

• Sí • No En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última sobredosis?

\_\_\_\_\_

**Alguna vez su hijo experimentado problemas relacionados con su consumo de alcohol?** • Sí • No

Si es así, por favor verifique la superficie y describir los problemas:

• Legal • Social / Peer • Trabajo • Familia • Amigos • Financiero

Por favor describa: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, tienen que continuaron bebiendo drogas / uso? • Sí • No

**PARTICIPACIÓN LEGAL:**

¿Hay un caso de custodia actual que involucra a su hijo? • Sí • No En caso afirmativo, por favor describir a continuación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de la participación de CPS / DSS: • Ninguna • Pasado • Por favor describa corriente abajo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique marcando el estatus legal de su hijo más adelante.

• No hay participación • No hay participación • La libertad condicional / Longitud: \_\_\_\_\_ • la libertad condicional | Longitud: \_\_\_\_\_ • Los cargos pendientes • El encarcelamiento previo • Juego de la ley u otro procedimiento ante el tribunal

Cargos: \_\_\_\_\_ Libertad Condicional / Nombre del oficial de libertad:

\_\_\_\_\_

Contacto #: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

**Las necesidades actuales / OBJETIVOS**

¿Cuáles cree que es la mayor necesidad de su hijo en este momento?

---

---

¿Qué es lo que más espera obtener de venir a terapia?

---

---

**Fortalezas, necesidades, capacidades y preferencias:**

**Puntos fuertes:** (Familiar, social, espiritual y aficiones que han ayudado a superar las crisis anteriores):

---

---

**Necesariamente:** (Expresión del cliente de las necesidades actuales: emocionales, físicas y ambientales):

---

---

**Habilidades:** la capacidad del cliente para seguir con el tratamiento \_\_\_\_\_ (sí / no), El cliente entiende las instrucciones y está dispuesto a participar en el tratamiento \_\_\_\_\_ (sí / no).

**preferencias:** día de la cita / noche (círculo).

¿Está actualmente buscando tratamiento de otro proveedor: Si /no

ESTADO MENTAL				
<i>Afectar</i>	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> Embotado	<input type="checkbox"/> constreñida	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Lábil
<i>Apariencia</i>	<input type="checkbox"/> Bien cuidadas	<input type="checkbox"/> Despeinado	<input type="checkbox"/> Inapropiado	
<i>Actitud</i>	<input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Guardado	<input type="checkbox"/> Incooperativo	

<i>Estado animico</i>	<input type="checkbox"/> eutímico	<input type="checkbox"/> Deprimido	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> eufórico
<i>Actividad del motor</i>	<input type="checkbox"/> Calma	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Temblores / Tics
<i>Proceso de pensamiento</i>	<input type="checkbox"/> Intacto	<input type="checkbox"/> Circunstancial	<input type="checkbox"/> Tangencial	<input type="checkbox"/> Assoc suelto.
<i>el contenido del pensamiento</i>	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ilusiones	
<i>Orientación</i>	<input type="checkbox"/> completamente orientado	Desorientado en cuanto a: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> PA Gersona		

Diagnóstico:

---



---



---

Criterios para el Diagnóstico:

---



---



---

Que hace / puede contar a su hijo en el apoyo? ▪ ▪ Los padres novio / ▪ Hermanos

▪ ▪ Familia numerosa Amigos ▪ ▪ Vecinos personal de la escuela ▪ ▪ Iglesia Pastor ▪ ▪ Terapeuta

▪ ▪ Grupo de Servicios de la Comunidad ▪ ▪ Médico Otros: \_\_\_\_\_

---