Christ Health

Registro del paciente

INFORMACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE (IMPRIMIR)	Información del garante (a quien se le envían los resúmenes de cuenta)

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Sexo: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Idioma: _____

Raza: _____

Etnia: _____

Estado civil: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____

Información del contacto de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono móvil: _____

Información del empleador

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información del seguro médico primario

Nombre del plan del seguro: _____

Número de póliza: _____

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (indique con un círculo): M o F

Nombre del empleador: _____

Relación entre el paciente y el titular de la póliza:

_____

Información del seguro médico secundario

Nombre del plan del seguro: _____

Número de póliza: _____

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (indique con un círculo): M o F

Nombre del empleador: _____

Relación entre el paciente y el titular de la póliza:

_____

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Cuestionario de Historial de Niños y Adolescentes

Paciente_____ **Fec.Nac.**_____

Fecha de Rellenar _____ **Guardián** _____

Relación _____

Motivo de la evaluación/problemas actuales:

Factores de influencia/Factores de estrés:

Historia del Desarrollo:
Complicaciones del embarazo:

¿Retrasos en caminar/hablar/aseo?

Antecedentes Médicos Pasados:
¿Convulsiones/Inconciencia?

¿Problemas Cardíacos?

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Nombre del Paciente: _____

Antecedentes Médicos Pasados:

¿Asma?

¿Otro?

¿Medicamentos actuales?

¿Cirugías?

¿Alergias a drogas?

Antecedentes Psiquiátricos Pasados:
(incluya diagnósticos/hospitalizaciones/daño a sí mismo/otros)

Medicamentos en el pasado: (utilice el reverso de la página si es necesario)
Nombre de Medicamento La Dosis Beneficios Efectos Secundarios

Historia de la Escuela: Nombre actual de la escuela/grado:
_____ _____ en
_____

¿Problemas de comportamiento?

¿Suspensiones?

¿Pruebas de IQ/Logros?

¿Servicios especiales en la escuela?

Nombre del Paciente: _____

¿Repeticiones/razón (por ejemplo: decisión del padre)?

¿DHR/Alegaciones de Abuso/Cuestiones Legales?

Historia Médica y Psiquiátrica Familiar:

Lado de la Madre-

El lado del padre-

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Trastornos del Comportamiento Disruptivo Calificación Escala-Forma de Padre (Formulario 4)

Nombre del Niño _____ **Edad** **Fecha** _____

Formulario completado por: _____

Relación con el niño: (Círcule Uno)

Madre Padre Padrastro/a Otro: _____ (explicar)

Instrucciones: Circule el número que mejor describa el comportamiento de su hijo en casa durante los últimos 6 meses.

	Nunca o rara vez	**a veces**	**a menudo**	**Muy a menudo**
1.No presta mucha atención a los detalles o comete errores descuidados en las tareas escolares.	0	1	2	3
2.Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o actividades de juego.	0	1	2	3
3. No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Forma 4 (Pagina 2) Para ser completado por PADRES

	Nunca o rara vez	a veces	a menudo	Muy a menudo
4.No sigue las instrucciones y no termina el trabajo.	0	1	2	3
5.Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	0	1	2	3
6.Evita tareas (por ejemplo, tareas de clase, tareas) que requieran esfuerzo mental	0	1	2	3
7.Pierde las cosas necesarias para tareas o actividades.	0	1	2	3
8.Se distraerse fácilmente.	0	1	2	3
9.Es olvidadizo en las actividades Diarias.	0	1	2	3
10.Fidget con las manos o los pies o retorcerse en el asiento	0	1	2	3

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Forma 4 (Pagina 3) Para ser completado por PADRES

	Nunca o rara vez	a veces	a menudo	Muy a menudo
11.Deja asiento en el aula o en las otras situaciones en las que se espera permanecer sentado	0	1	2	3
12.Corre o sube excesivamente en situaciones en las que es inapropiado	0	1	2	3
13.Tiene dificultad para jugar o participar en actividades de ocio en silencio	0	1	2	3
14.Es "sobre la marcha" o actúa Como si fuera "conducido por un motor"	0	1	2	3
15.Habla excesivamente	0	1	2	3
16.Suelta respuestas antes de que las preguntas se han completado	0	1	2	3

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Forma 4 (Pagina 4) Para ser completado por PADRES

	Nunca o rara vez	a veces	a menudo	Muy a menudo
17.Tiene dificultad a la espera de turno	0	1	2	3
18.Interrumpe o intrusa en otros	0	1	2	3
19.Pérdidas de temperamento	0	1	2	3

20.Discute con adultos.	0	1	2	3
21.Desafía o se niega activamente a cumplir con las solicitudes o reglas de los adultos	0	1	2	3
22.Deliberadamente molesta a la gente	0	1	2	3
23.Culpa a otros por sus errores o mal comportamiento	0	1	2	3
24.Es sensible o fácilmente se molesta por otros	0	1	2	3

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Forma 4 (Pagina 5) Para ser completado por PADRES

	Nunca o rara vez	a veces	a menudo	Muy a menudo
25.Se enoja y es resentido	0	1	2	3
26.Es rencoroso o vengativo	0	1	2	3

Instrucciones: Por Favor indique si su hijo ha hecho alguna de estas actividades en los últimos 12 meses.

1. A menudo baveucruone, amenaza o intimida a otros	No	Si
2. A menudo inicia peleas físicas	No	Si
3. A utilizado un arma que puede causar daños físicos graves a otros (p. ej., un bate, ladrillo, botella rota, cuchillo o arma)	No	Si
4. Ha sido físicamente cruel con la gente	No	Si
5. Ha sido físicamente cruel con los animales	No	Si
6. Ha robado mientras se enfrenta a una víctima (p.ej., atraco, robo de bolsos, extorsión, robo a mano armada)	No	Si
7. Ha forzado a alguien en actividad sexual	No	Si
8. Ha destruido deliberadamente la propiedad de otros (excepto agusta de fuego).	No	Si
9. Ha participado deliberadamente en el ajuste del fuego con la intención de causar daños graves	No	Si

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Forma 4 (Pagina 6) Para ser completado por PADRES

10. Ha irrumpido en la casa, el edificio o el coche de otra persona	No	Si
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (es decir, "estafa" a otros)	No	Si
12. Ha robado objetos de no tiviar sin confrontar a una víctima (p. ej., robo de tiendas, pero sin allanamiento de morada; falsificación)	No	Si
13. A menudo se queda fuera por la noche a pesar de las prohibiciones de los padres. Si es así, ¿a qué edad comenzó esto?	No	Si
14. Ha huido de casa al menos dos veces mientras vive en el hogar de los padres, el cuidado de crianza o el hogar en grupo. Si es así, ¿cuántas veces? _____	No	Sí
15. A menudo se ratea de la escuela. Si es así, ¿a qué edad comenzó a hacer esto? _____	No	Si