



Boston Children's Hospital  
Outpatient Psychiatry Service  
Department of Psychiatry  
300 Longwood Avenue, Boston, MA 02115  
Tel (617) 355-6680

### Cuestionario de psiquiatría para la familia

Este formulario nos dará información acerca de su niño o adolescente. Tiene preguntas acerca de su salud general, desarrollo y salud mental, e incluye preguntas sobre la salud de la familia cercana. El cuestionario se colocará en el historial médico.

**Para programar su cita, necesitamos recibir este formulario. Por favor, envíelo de una de las tres maneras siguientes:**

**Fax:** 617-730-0319

**Correo electrónico:** [IntakeOffice@childrens.harvard.edu](mailto:IntakeOffice@childrens.harvard.edu)

**Correo postal:** Boston Children's Hospital  
Outpatient Psychiatry Service Intake Office  
Department of Psychiatry  
300 Longwood Avenue, Fegan 8  
Boston, MA 02115

Por favor, conteste todo lo que pueda. Puede dejar preguntas en blanco. Si hay un profesional de la salud que pueda ver a su niño o adolescente, le daremos una cita y en su primer consulta hablarán de este cuestionario.

**Fecha de hoy** [Date] \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

**Nombre del niño o adolescente** [Child/Adolescent Name] \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** [Date of Birth] \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

**Persona que completa el formulario:** [For the person completing this form]

**Firma** [Signature] \_\_\_\_\_

**Nombre** [Name] \_\_\_\_\_

**Relación con el niño o adolescente** [Relationship to child/adolescent]:

**Madre** [Mother]     **Padre** [Father]     **Abuela** [Grandmother]     **Abuelo** [Grandfather]     **Otra** [Other]

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PRIMER AÑO DE VIDA** [Birth History]

**Durante el embarazo, la madre del niño o adolescente:** [During pregnancy, did the child/adolescent's mother]

- ¿Se enfermó o tuvo un accidente? [Get sick or have an accident?]  Sí [Yes]  No
- ¿Tomó algún medicamento? [Take any medicine?]  Sí [Yes]  No
- ¿Tuvo depresión o estrés? [Have depression/stress?]  Sí [Yes]  No
- ¿Fumó? [Smoke?]  Sí [Yes]  No
- ¿Consumió alcohol o drogas? [Use alcohol or drugs?]  Sí [Yes]  No

**El niño o adolescente nació:**[Your child or adolescent was born]

- A término [On time]  Antes de la fecha [Early]  Después de la fecha [Late]

**Peso al nacer** [Birth weight] \_\_\_\_\_

¿El niño o adolescente nació con algún problema médico? [Did your child have any medical problems at birth?]  
 Sí [Yes]  No

**Cuando el niño o adolescente era bebé (1-12 meses):** [As an infant (1-12 months), your child/adolescent:]

- Sí [Yes]  No **Le gustaba acurrucarse** [Liked to cuddle]
- Sí [Yes]  No **Era más activo que otros bebés** [Was more active than other babies]
- Sí [Yes]  No **Tenía cólicos** [Had colic]
- Sí [Yes]  No **Era quisquilloso o irritable** [Was fussy/irritable]
- Sí [Yes]  No **Tenía dificultad para dormir** [Had trouble sleeping]
- Sí [Yes]  No **Tenía problemas de alimentación** [Had trouble feeding]

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO** [Developmental History]

**Marque la casilla que mejor describa el momento en que el niño o adolescente hizo cada una de las siguientes actividades por primera vez:** [Check the box that best describes when your child did the following]

	Típico [Typical]	Antes [Early]	Tarde [Late]		Típico [Typical]	Antes [Early]	Tarde [Late]
<b>Se sentó solo</b> [Sat alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Habló con oraciones</b> [Talked in sentences]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gateó solo</b> [Crawled alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fue al baño solo</b> [Bowel trained]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se puso de pie solo</b> [Stood alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Controló la orina, durante el día</b> [Bladder trained, day]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Caminó solo</b> [Walked alone]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Controló la orina, por la noche</b> [Bladder trained, night]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dijo sus primeras palabras</b> [Said his/her first words]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Se ató los cordones de los zapatos</b> [Tied shoelaces]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habló con oraciones</b> [Talked in phrases]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Montó en bicicleta</b> [Rode Bicycle]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANTECEDENTES SOCIALES** [Social History]

**Número de personas que viven en su hogar (incluyéndolo a usted y al niño o adolescente):** [Number of people in your household, including your child/adolescent] \_\_\_\_\_

**¿Hubo grandes cambios u otras situaciones estresantes en la familia en los últimos 2 años (mudanza, divorcio, nuevo trabajo, barrera de idioma, etc.)?** [Have there been any big changes or other stressful situations in your child/adolescent's family in the last 2 years (moving homes, divorce, new job, language barrier, etc)?]

Sí [Yes]  No

**¿Tiene preguntas o preocupaciones con respecto a la identidad de género o la orientación sexual de su niño?** [Do you have questions or concerns regarding the gender identity or sexual orientation of your child?]

Sí [Yes]  No

**Grado en la escuela** [Grade in school] \_\_\_\_\_ **Maestro(s)** [Teacher(s)] \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela** [School Name] \_\_\_\_\_

**Teléfono de la escuela** [School Phone] \_\_\_\_\_

**¿Recibe el niño o adolescente servicios de educación especial?** [Does your child/adolescent get special education services?]

Sí [Yes]  No

**¿Ha repetido grado?** [Has your child/adolescent ever repeated a grade?]  Sí [Yes]  No

Si contestó que sí, ¿qué grado? [If yes, which grade?] \_\_\_\_\_

**¿Sufre acoso escolar?** [Is your child/adolescent bullied at school?]  Sí [Yes]  No  No lo sé [Not sure]

**¿Cómo le va al niño o adolescente con las siguientes actividades?** [How does your child/adolescent do with the following?]

**Trabajo en clase** [Schoolwork]  Bien [Good]  Regular [Average]  Mal [Poor]

**Deberes** [Homework]  Bien [Good]  Regular [Average]  Mal [Poor]

**Comportamiento en la escuela** [In-school behavior]  Bien [Good]  Regular [Average]  Mal [Poor]

**Amistades** [Friendships]  Bien [Good]  Regular [Average]  Mal [Poor]

**Asistencia** [Attendance]  Bien [Good]  Regular [Average]  Mal [Poor]

**¿Practica alguna religión la familia del niño o adolescente?** [Does your child/adolescent's family practice religion?]

Sí [Yes]  No

**¿Está el niño o adolescente haciendo algo que a usted le parece peligroso?** [Is your child/adolescent doing anything that you think is dangerous?]

Sí [Yes]  No

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y MÉDICOS DEL NIÑO Y LA FAMILIA [PAST/FAMILY PSYCHIATRIC & MEDICAL HISTORY]**

Si no sabe la respuesta a cualquiera de los puntos de esta lista, puede dejarlo en blanco aquí y preguntarle al terapeuta en su primera cita. [If you aren't sure about any of the items in this list, feel free to leave them blank here and ask your clinician for help in your first appointment.]

	Niño o Adolescente [Child/Adolescent]	Madre del niño o Adolescente [Mother]	Padre del niño o Adolescente [Father]	Hermano del niño o Adolescente [Sibling]	Otro pariente (tío, tía, abuelo) [Other relative]
<b>Ansiedad</b> [Anxiety]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA, TDAH)</b> [ADD/ADHD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastorno del espectro autista</b> [ASD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva)</b> [Bipolar]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depresión</b> [Depression]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Retraso del desarrollo</b> [Developmental delay]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastorno de la alimentación</b> [Eating disorder]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Discapacidad intelectual</b> [Intellectual disability]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Discapacidad del aprendizaje</b> [Learning disability]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comportamiento obsesivo/compulsivo</b> [Obsessive/compulsive behavior]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastorno de tics/de Tourette</b> [Tourette's]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maltrato/negligencia</b> [Abuse/Neglect]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas de conducta</b> [Conduct problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oír voces o ver cosas que no son reales</b> [Hearing voices/seeing things]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autolesión (por ej., cortarse, arrancarse el pelo)</b> [Self-harm]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas para dormir</b> [Sleep problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Uso o dependencia de sustancias</b> [Substance use/dependence]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intento de suicidio</b> [Suicide Attempt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ideas de suicidio</b> [Suicidal thoughts]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas con los hábitos higiénicos</b> [Toileting problems]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Síntomas de trauma</b> [Trauma symptoms]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Niño o Adolescente [Child/Adolescent]	Madre del niño o Adolescente [Mother]	Padre del niño o Adolescente [Father]	Hermano del niño o Adolescente [Sibling]	Otro pariente (tío, tía, abuelo) [Other relative]
Síntomas físicos sin causa aparente [Unexplained physical symptoms]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento psiquiátrico [Psychiatric treatment]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización psiquiátrica [Psychiatric hospitalization]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas o procedimientos médicos [Medical problems/procedures]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medicamentos psiquiátricos previos: Complete esta tabla O lleve una lista de los medicamentos a su cita.**  
[Prior psychiatric medications: Either fill out this chart OR bring a list of medications with you to your appointment.]

Nombre del medicamento [Name of Medication]	Dosis [Dose]	[Año en que comenzó]	[¿Aún lo toma?]	¿Fue útil? [Helpful?]
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No
			Sí [Yes] No	Sí [Yes] No

**Profesionales de salud mental (anteriores y actuales):**

[Mental health clinicians (past and current)]

Nombre [Name]	Número de teléfono [Phone number]	¿Sigue con este terapeuta? [Currently seeing this clinician?]
		Sí No
		Sí No
		Sí No

**¿Hay alguien más con quien usted considere conveniente que nos comuniquemos? Anote esta información aquí:** [Is there anyone else you feel it would be useful for us to contact? Please give this information here:]

Nombre [Name]	Número de teléfono [Phone number]

**¡GRACIAS!**  
[Thank you!]