

Revisado el 11/10/11

Oasis Counseling Internacional

333 W. Norfolk Ave., STE 201, Norfolk, NE 68701 Tel (402) 379-2030

CUESTIONARIO DE ADOLESCENTE

(Para ser completado por padres)

Propósito:

El propósito de este cuestionario es obtener una visión completa de su fondo para salvar tiempo tanto a usted como a la vez su consejera. Por favor sea completa y precisa.

Este material es personal y será confidencial. Nadie más está permitido ver este registro sin su permiso por escrito. Si usted no desea responder a cualquier pregunta, simplemente escribir: "Prefiero no contestar".

I. Nombres de padres: _____

Nombre del cliente _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: () _____ Edad de adolescente: _____ Sexo: M____ F____

A. Familia

Estado civil de los padres (Rodee uno.) Casados Soltero(a) Divorciados Viudo(a)

Miembros de la familia: (Incluye nombres y edades)

Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Madre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Padrastra: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Madrastra: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Hermanos: (lista de mayor a menor)

_____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

_____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

_____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

_____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

_____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Si guardián _____

1. ¿Qué le preocupa mas acerca de este adolescente actualmente? _____

II. Historia Relevante

A. Consejería

1. ¿Ha tenido su adolescente consejería anterior? SÍ NO

¿Si sí, con quien? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Fue de ayuda? _____

2. 1. ¿Qué le preocupa más acerca de este adolescente actualmente? _____

¿Qué objetivos quiere lograr por medio de esta consejería? _____

3. ¿Qué cambios específicos en el comportamiento le indicará estos objetivos han logrado?

4. En tu opinión, ¿qué probabilidad hay que se puede lograr estos objetivos? (Rodee uno)

0% 20% 40% 50% 60% 80% 100%

5. ¿Cuánto tiempo espera que la consejería va a tomar?

6. ¿Además de consejería para su hijo, también desea ayuda para usted o su matrimonio? SÍ NO

En caso afirmativo, explique brevemente:

B. Historia Psiquiátrica

1. ¿Ha sufrido alguien en su familia extensa algo que podría considerarse un "trastorno mental" o cualquier otra enfermedad que podría ser relevante?

2. ¿Existe algún antecedente de ideación homicida o suicida? _____

C. Historia Medica

1. La fecha del último examen físico: ____ / ____ / ____

2. Nombre y dirección de doctor primaria de su hijo: _____

¿Le da permiso para Oasis Counseling Internacional contactar al médico mencionado con el fin de proveer un cuidado consistente para su hijo? _____. Si sí, un descargo de información tendrá que ser firmado. Si permiso no es dado, favor de firmar aquí: _____

3. ¿Ahora toma su hijo medicamentos? SÍ NO

¿Si sí, qué? _____ ¿Dosis? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

4. ¿Ha usado su hijo cualquier medicamento en los últimos 6 meses? SÍ NO

¿Si sí, qué? _____ ¿Dosis? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

5. ¿Tiene su hijo cualquier alergia médico o reacción? SÍ NO

Si es así, ¿qué? _____

6. ¿Su hijo ha sido hospitalizado? SÍ NO

Si sí, ¿para qué? _____

7. ¿Ha tenido su hijo una operación? SÍ NO

Si es así, ¿para qué? _____

8. ¿Tu hijo tiene cualquier desventaja de discapacidades neurológicas o físicas? SÍ NO

Si es así, ¿qué? _____

9. ¿Experimentó alguna enfermedad inusual como un bebé? SÍ NO

Si es así, ¿qué? _____

10. ¿Crees que el hijo tiene un problema médico que no está siendo tratado ahora? SÍ NO

Si es así, ¿qué? _____

11. ¿Tiene él o ella alguna coordinación motriz, visual, discurso, problemas de aprendizaje o lenguaje? SÍ NO

Si es así, ¿qué? _____

12. ¿Cuál es el patrón de tu hijo de dormir? (Favor de rodear.)

duerme toda la noche

despierta del sueño

pesadillas

camina cuando se duerme

moja la cama
(cuan a menudo _____)

tiene dificultades para dormirse
(Se acuesta a _____)
(Duerme a _____)

13. ¿Ha tenido su hijo cualquiera de los siguientes? Si es así, cuando.

	Sí	Fecha
Sarampión	_____	_____
Las paperas	_____	_____
Varicela	_____	_____
La tos ferina	_____	_____
Sarampión alemán	_____	_____
Bronquitis	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Neumonía	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Convulsiones	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____
Amigdalitis	_____	_____
Cabeza lesiones	_____	_____
Otra enfermedad grave	_____	_____

14. Si su hijo ha tenido alguna de las siguientes, favor de marcar y explicar cuándo.

____ Tuberculosis _____
____ Embarazo _____
____ VD/AIDS _____
____ Uso IV para drogas _____

15. Es corriente su hijo con cada vacuna que requiere el Estado de Nebraska o tu estado de residencia: SÍ NO

D. Actual Vida de Familia

1. ¿Qué cosas se hacen juntos como familia en su casa? _____

2. ¿Con qué frecuencia participa su hijo en estas actividades?

3. En tu opinión, ¿qué actividad familiar es más valorada por su hijo?

4. Si su familia tenía un lema, ¿cuál sería?

5. ¿Ha vivido alguien que no sea padre ni hijo en su casa por un período prolongado de tiempo?

En caso afirmativo, describe quién y cuándo: _____

6. ¿Existe cualquier abuso de alcoholismo o drogas en tu familia? SÍ NO

En caso afirmativo, describa quién y cuándo: _____

7. ¿De lo siguiente qué mejor caracteriza en general el entorno doméstico de su hijo?

____ Amor incondicional y aceptación; estrechas relaciones
____ Tranquila y pacífica, pero las relaciones son distantes
____ Inestabilidad, períodos de paz mezclado con períodos de lucha
____ Peleas familiares la norma
____ Otro: _____

8. ¿Cómo describiría la felicidad del matrimonio de los padres del adolescente?

- Mucho en el amor; mejores amigos; feliz
- Cometido uno al otro, pero no especialmente íntimo
- Descontentos, pero tratando de sacar lo mejor de la situación
- Descontentos, evitando uno que otro tanto como sea posible; pelean en secreto desde adolescentes la mayoría del tiempo
- Descontentos, luchando mucho juntos, a menudo delante de los adolescentes
- Separados o divorciados, agradable
- Separados o divorciados, antagónicas, pero mantienen a los adolescentes fuera de ella
- Separados o divorciados y conflictos abiertamente antagónicos, en curso

9. ¿Su adolescente tiene un apodo? _____

10. ¿Tiene su adolescente cualquier interés o uso del tiempo libre?

11. ¿Su adolescente tiene un significado especial a uno o más de sus padres? SÍ NO

Favor de explicar: _____

12. ¿Quién tiene la influencia más fuerte en su familia? _____

13. ¿Su adolescente se identifica más con el padre o la madre? _____

14. ¿Cómo se expresa esto? _____

15. En la resolución de conflictos familiares, se utilizan diferentes estilos. Rodee la palabra que mejor describe a familiares que actualmente viven en su hogar.

Padre:	Ganar	Compromiso	Rendimiento	Retirar	Resolver
Madre:	Ganar	Compromiso	Rendimiento	Retirar	Resolver
Adolescente:	Ganar	Compromiso	Rendimiento	Retirar	Resolver

16. ¿De qué maneras usted disciplina a su adolescente?

17. ¿Es capaz de confiar en usted su adolescente? SÍ NO

18. ¿Qué temas son difíciles para su adolescente platicar con usted?

19. ¿Qué temas son difíciles para hablar con su adolescente? _____

20. Rodee la palabra que mejor describe el estilo de los padres de la disciplina.

Madre:	Estrictos límites	Firme y amorosa	Indulgente
--------	-------------------	-----------------	------------

Explique: _____

Padre:	Estrictos límites	Firme y amorosa	Indulgente
--------	-------------------	-----------------	------------

Explique: _____

21. Si el adolescente no fue/es criado por los padres, ¿quién está haciéndolo?

22. Cuántos años tuvo el adolescente cuando esto ocurrió? _____

23. ¿Tienes una preferencia religiosa? SÍ NO
¿Si sí, qué? _____

24. ¿Participa su familia en una iglesia, sinagoga, mezquita u otro grupo religioso? SÍ NO
Si sí, ¿qué? _____

25. ¿Cuán regular es la participación de su familia? _____

26. ¿Su adolescente también participa regularmente? SÍ NO
Si es así, ¿de qué manera? _____

27. ¿Usted es abierto a la idea de platicar de cuestiones espirituales con su adolescente como parte de la consejería?

28. ¿Ha movido la familia? SÍ NO
Si sí, ¿cuándo y adónde? _____

29. ¿Ha habido alguna muerte en la familia? SÍ NO
Si sí, favor de explicar: _____

III. Historia de Desarrollo

A. Prenatal

1. ¿Fue buena la salud física de la madre durante el embarazo? SÍ NO
2. ¿La madre tomó algún medicamento durante el embarazo? SÍ NO
Si sí, ¿qué? _____

3. ¿Fue la madre tomando drogas o el alcohol durante el embarazo? SÍ NO
4. ¿Hubo cualquier estrés emocional severo durante este embarazo? SÍ NO
Si sí, ¿qué? _____

5. ¿Hubo alguna enfermedad física o emocional importante de padres o abuelos? SÍ NO
Si sí, ¿qué? _____

6. ¿Fue el embarazo planeado? SÍ NO

7. ¿La madre esperó al nacimiento del este adolescente? SÍ NO

8. ¿El padre esperó al nacimiento del este adolescente? SÍ NO

B. Nacimiento e Infancia:

- 1. ¿Fue el parto de su bebé normal? SÍ NO
Si no fue, favor de explicar: _____
- 2. ¿Fue el término completo de embarazo? SÍ NO
Si no, ¿por cuánto tiempo? _____
- 3. ¿La madre fue deprimida después del nacimiento? SÍ NO
- 4. ¿Era difícil cuidar al bebé? SÍ NO
- 5. Si el padre estaba en la casa en el momento, ¿él participó en el cuidado del bebé? SÍ NO
- 6. ¿Su adolescente gustó estar en los brazos como un bebé? SÍ NO
- 7. Como un bebé, ¿era su adolescente inusualmente activa? SÍ NO
- 8. Como un bebé, ¿durmió su adolescente más que de costumbre? SÍ NO
- 9. Como un bebé, ¿durmió su adolescente menos de lo usual? SÍ NO
- 10. ¿Describiría el desarrollo de su adolescencia como normal? SÍ NO

C. Años de Infancia

- 1. ¿Es el comportamiento social del adolescente apropiada por su edad? SÍ NO
 - 2. ¿Su adolescente busca adolescentes de la misma edad con quien asociarse? SÍ NO
 - 3. ¿Está su adolescente adecuadamente capaz de "mantener su propia" en situaciones de grupo? SÍ NO
 - 4. ¿Tiene su adolescente un amigo? SÍ NO
 - 5. ¿Es cómodo su adolescente con los miembros de su propio sexo? SÍ NO
 - 6. ¿Ha tenido indicios que su adolescente puede haber sido molestado sexualmente? SÍ NO
 - 7. ¿Ha tenido indicios que su adolescente puede haber sido abusado físicamente? SÍ NO
 - 8. ¿Ha sido su adolescente sexualmente activa? SÍ NO
 - 9. ¿Su adolescente ha participado en la toma de drogas o alcohol? SÍ NO
 - 10. ¿Tu adolescente tiene cualquier temor? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿qué? _____
¿Cómo lo maneja? _____
 - 11. ¿Tiene alguna dificultad su adolescente para hablar con usted? SÍ NO
 - 12. ¿Tiene su adolescente explosiones de enojo o berrinches? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
- ¿Hay problemas comunes? _____

¿Qué hace él? _____

¿Cómo lo manejas? _____

13. ¿Tiene su adolescente temporadas de lloro? SÍ NO
Si es así, favor de explicar: _____

14. ¿Hay maneras en que su adolescente le da placer? SÍ NO
Si es así, favor de explicar: _____

15. ¿Cuáles son las fortalezas de su adolescente? _____

¿Debilidades? _____

D. Historia Escolar

1. Escuela que atiende su adolescente: _____
Grado: _____

2. ¿Su adolescente disfruta escuela?: SÍ NO

3. ¿Su adolescente generalmente completa sus tareas a tiempo? SÍ NO

4. ¿Es un problema para su adolescente estudiar? SÍ NO

5. ¿Es su adolescente en una clase especial? SÍ NO
Si sí, ¿qué clase? _____

6. ¿Su adolescente tiene problemas de conducta en la escuela? SÍ NO

7. ¿Su adolescente ha logrado al nivel esperado? SÍ NO

8. Por favor marque con un círculo la palabra que mejor describe las calificaciones de su adolescente.

Superior Por encima del promedio Promedio Por debajo de la media Fallando

9. ¿Su adolescente ha fallado mucho la escuela? SÍ NO

10. ¿Ha tenido su adolescente un reciente cambio marcado en el rendimiento académico? SÍ NO

11. ¿El adolescente pertenece a algún grupo social o deportivo? SÍ NO
Si sí, favor de explicar: _____

12. ¿Qué meta tiene su adolescente por su educación? _____

13. ¿Ha tenido problemas con la ley su adolescente? SÍ NO

Si sí, favor de explicar: _____

Persona completando el cuestionario: _____

Relación con adolescente: _____