

APÉNDICE 3

CUESTIONARIO PARA PADRES

Nombre del niño	
Edad actual/fecha de nacimiento	
¿Es un niño adoptado? Si así es, ¿cuáles son los detalles?	
¿Quién vive en casa con el niño?	
¿Quién es el tutor legal?	
¿Quién envió al niño a evaluación?	

¿Qué problema o preocupación tiene respecto con su hijo en este momento?

¿Su hijo ha tenido problemas o ha recibido alguno de los siguientes diagnósticos? (Si así es, anote debajo los detalles).

<input type="checkbox"/> Se siente triste o sin esperanza; llora con frecuencia	<input type="checkbox"/> Se siente ansioso/nervioso/preocupado
<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Tiene ataques de pánico
<input type="checkbox"/> Piensa a menudo en la muerte o en pérdidas	<input type="checkbox"/> Problemas de visión/audición

Nota: de *Children and Adolescents, Second Edition: Skills and Strategies for Effective DSM-5 Diagnosis* de James Morrison y Kathryn Flegel. Copyright © The Guilford Press. Versión descargable en www.manualmoderno.com/morrison

<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Ve/oye/siente cosas que no son reales
<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Melindroso con los alimentos	<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso o preocupación por la imagen corporal	<input type="checkbox"/> Es desorganizado/olvidadizo
<input type="checkbox"/> Atracones/purgas o dieta restrictiva	<input type="checkbox"/> Dificultad para terminar tareas/proyectos
<input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> Explosiones de mal humor
<input type="checkbox"/> Pesadillas/terrores nocturnos/sonambulismo	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva en casa
<input type="checkbox"/> Ronquidos o dificultades para respirar dormido	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva en la escuela
<input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva durante el día	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar
<input type="checkbox"/> Moja la cama	<input type="checkbox"/> Dificultades legales/con la policía
<input type="checkbox"/> Accidentes con el uso del baño en el día	<input type="checkbox"/> Uso excesivo de la computadora/celular/videojuegos
<input type="checkbox"/> Tics/Gilles la Tourette, movimientos involuntarios	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y drogas
<input type="checkbox"/> Retraso del lenguaje/habla	<input type="checkbox"/> Ha sido testigo de violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Trastorno del aprendizaje (lectura/matemáticas/escritura)	<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres
<input type="checkbox"/> Se arranca el cabello/las pestañas o se rasca la piel	<input type="checkbox"/> Movimiento familiar
<input type="checkbox"/> Tiene pocos amigos	<input type="checkbox"/> Pérdida de una mascota
<input type="checkbox"/> Sufre acoso escolar (físico, verbal, virtual)	<input type="checkbox"/> Pérdida de amistades o relaciones románticas
<input type="checkbox"/> Víctima de negligencia, maltrato físico o abuso sexual	<input type="checkbox"/> Abandono parental
<input type="checkbox"/> Apego excesivamente rígido a las rutinas	<input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia/amigo
<input type="checkbox"/> Problemas en las transiciones entre actividades	<input type="checkbox"/> Retraimiento social Retraimiento social

Detalles (edad, breve descripción) de los problemas arriba señalados:

Detalles de la historia pre- y perinatal:

¿Fue un embarazo planeado?	
¿El embarazo llegó a término?	
¿Problemas o enfermedades durante el embarazo?	
¿Consumo materno de sustancias (incluyendo alcohol/tabaco) o exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo?	
¿Dificultades perinatales?	
¿Cesárea?	
Peso al nacer (kilos, gramos). Estatura al nacer	
¿El bebé tuvo problemas para respirar?	
¿Se le administró oxígeno?	
¿Hubo ictericia?	
¿Hubo transfusión de sangre?	

¿A qué edad (meses, años), por primera vez, el niño:

¿Se sentó sin apoyo?	
¿Gateó?	
¿Se puso de pie por sí solo?	
¿Caminó?	
¿Pronunció sus primeras palabras?	
¿Pronunció oraciones completas?	
¿Aprendió a ir al baño?	

Antecedentes generales de salud del niño:

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Cirugías
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza recurrentes

<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> Dolores de estómago frecuentes
<input type="checkbox"/> Infecciones de vías urinarias	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Poco control de esfínteres	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o lesiones
<input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis	

Detalles (edad en años, tratamiento, resultados) de los problemas arriba señalados:

Medicamentos actuales o pasados:

Nombre del medicamento	Edad en que se usó	Dosis	Razón de su uso y eficacia

Historia de vacunación; escriba en qué edad se le administró cada una:

<input type="checkbox"/> DTaP (difteria, tétanos, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Vacuna triple viral (sarampión, paperas, rubéola)
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> VPH (virus del papiloma humano)
<input type="checkbox"/> Meningococo (meningitis)	

Escolaridad:

Escuela actual	
Grado	
Maestro principal	
Calificaciones actuales (rango)	
¿Problemas con materias específicas?	
¿Problemas de disciplina?	
¿Ha repetido un grado?	
¿Necesidades de educación especial?	
Número de escuelas a las que ha asistido	

Datos familiares (por favor, incluya información sobre cualquier hermanastro o medio hermano):

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro
Nombre				
Dirección				
Ciudad, estado, CP				
Último grado escolar terminado				
Número de matrimonios				
Ocupación actual				
Hijos (nombres, edades)				
Nombres de los abuelos				
Ubicación de los abuelos				

Antecedentes familiares de enfermedades:

¿Algún familiar consanguíneo del niño (madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, primos) ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos?

	Familiar(es)	Breve descripción
Uso de alcohol u otras sustancias		
Ansiedad, fobias, obsesiones		
Autismo/de Asperger		
Problemas de conducta/trastorno de la conducta/conducta delictiva		
Conflicto con la familia u otros		
Depresión		
Trastornos del aprendizaje o dificultades intelectuales		
Manía/trastorno bipolar		
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad		
Psicosis/esquizofrenia		
Convulsiones/epilepsia/traumatismo cerebral		
Suicidio o intento de suicidio/hospitalización psiquiátrica		
Tics/Gilles la Tourette		

Detalles de los problemas arriba señalados:

¿La familia padece alguna situación estresante actual, como enfermedad, muerte, despliegue militar, problemas económicos, múltiples mudanzas, pérdida de trabajo? Si así es, por favor, descríbalos:

¿Hay alguna otra circunstancia que influya el estilo parental con su hijo? Por favor, descríbala:
