



Historial social

Completado por:

Fecha de completación:

Datos de identificación:

Nombre del menor	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre del menor	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre del menor	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre de la madre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre del padre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital)
Raza/Etnia	

Contexto familiar

Historia de la familia de la madre:

	Nombre	Dirección actual	¿Cómo se siente acerca de esta persona?
Padre			
Madre			
Otro parente/ cuidador			
Hermano			

Historia de la familia del padre:

	Nombre	Dirección actual	¿Cómo se siente acerca de esta persona?
Padre			
Madre			
Otro parent/cuidador			
Hermano			

Describa su relación con sus padres:

- Relación de la madre del menor con sus padres

Como menor:

Como adulta:

- Relación del padre del menor con sus padres

Como menor:

Como adulto:

¿Cómo era la relación de su padre y madre? Explique DETALLADAMENTE (ejemplos: amorosa, solidaria, demasiado dependiente, controladora, abusiva, distante, etc.)

¿Qué eventos de la infancia le afectaron de manera negativa o positiva? Explique DETALLADAMENTE (ejemplos: disciplina parental, fallecimiento, divorcio, abuso físico, abuso verbal, abuso de sustancias, tradiciones familiares, abuso sexual).

¿Con qué miembro de su familia se siente más cercano? ¿Por qué?

¿Con qué apoyos comunitarios cuenta usted y su familia? (ejemplos: religión, clubes sociales, mentores, amigos) Explique:

¿Qué relaciones significativas ha tenido, incluido el padre/la madre de sus hijos?

Nombre	¿Estado de la relación?	¿Cómo se conocieron?	¿Duración de la relación?	¿Por qué terminó la relación?

Describa su relación con el padre/la madre de sus hijos (ejemplos: amorosa, solidaria, demasiado dependiente, controladora, abusiva, distante).

¿Algunos otros padres/personas ayudan a mantener a sus hijos?

Nombre	¿De qué manera apoyan a los menores?

¿Tiene una orden judicial para recibir o pagar manutención de menores?

¿De/A quién?

¿Cuánto? Cantidad no pagada:

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido arrestado o ha tenido algún contacto con la policía? Indique todos los cargos, las fechas y si fue declarado culpable o no culpable:

¿Está usted o algún miembro de su familia bajo libertad condicional y por qué? Nombre del oficial de libertad condicional.

¿Algún miembro de la familia debe multas/restitución?

¿A quién? ¿Cantidad adeudada?

Problema actual

¿Por qué cree que el HHS ha tenido que intervenir en el caso de su familia?

¿Considera que la seguridad y el bienestar de sus hijos estaban/están en riesgo?

¿Por qué o por qué no?

¿Cómo le gustaría que fuese la situación de su familia dentro de un año?

Servicios anteriores

Cuando era menor, ¿alguna vez usted o alguno de sus hermanos fueron removidos del hogar?

¿Alguno de sus hijos ha sido removido del hogar?

¿Alguna vez su familia ha estado involucrada en un caso con el DHS en otro estado?

¿Por qué? ¿Dónde? ¿Cuándo?

¿Qué servicios no está recibiendo que cree serían de ayuda?

Verifique los servicios que usted o sus hijos han recibido:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Community Action Agency | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Refugio/Transporte |
| <input type="checkbox"/> HUD/Vivienda Sección 8 | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> PROMISE JOBS | <input type="checkbox"/> Vivienda temporal |
| <input type="checkbox"/> Salud pública | <input type="checkbox"/> Agencia educacional del área | <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia |
| <input type="checkbox"/> BHIS | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Ingresos mensuales del grupo familiar:

Empleo	FIP	Asistencia alimenticia	Manutención de menores	Vivienda	VA Beneficios
Discapacidad	SSI	Desempleo	Otro:	Otro:	Otro:

Gastos mensuales del grupo familiar:

Alquiler/Hipoteca	Agua/Alcantarillado/Basura	Gas/Electricidad	Préstamos	Guardería	Teléfono móvil
Teléfono de casa	Tarjetas de crédito	Cable/satélite	Préstamo automotriz	Seguro	Gastos médicos
Multas	Tarifas de libertad condicional	Facturas antiguas	Otro:		

Historial de empleo (De los últimos 5 años comenzando por el más reciente)

▪ Madre

Empleador	Puesto	FT/PT	Duración	Motivo del término

▪ Padre

Empleador	Puesto	FT/PT	Duración	Motivo del término

Horario de trabajo actual:

¿Tiene transporte seguro? ¿Tiene una licencia de conducir válida?

Educación

	Todas las escuelas	Lugar	Grado actual/último grado completado	Educación especial o discapacidades de aprendizaje
Padre				
Madre				
Menor:				

¿Alguna vez usted o sus hijos completaron un Plan de Educación Individualizado (IEP) o algún otro tipo de evaluación educativa? ¿Dónde? Adjunte una copia.

¿Cuáles son las calificaciones actuales de sus hijos? Adjunte una copia del informe de calificaciones más reciente.

¿Qué expectativas establece para sus hijos con respecto al rendimiento académico y la asistencia?

Fortalezas de la familia

Cuéntenos sobre las fortalezas de su familia. (Ejemplos: a su hijo le va bien en la escuela, el padre/la madre ha estado empleado por mucho/poco tiempo, la abuela es paciente con sus nietos, etc.)

- Fortalezas de la madre:

- Fortalezas del padre:

- Fortalezas del menor:

Salud mental/física

¿Alguna vez, usted o alguien de su familia ha recibido tratamiento/servicios por un problema de salud mental?

- Salud mental de la familia de la madre

	Relación (yo, madre, padre, hermano)
<input type="checkbox"/> ADHD	
<input type="checkbox"/> Bipolaridad	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	
<input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad	
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> Otro	

¿Dónde fue diagnosticado?

¿Cuándo fue diagnosticado?

¿A qué edad se presentaron los primeros síntomas?

¿Actualmente toma medicamentos prescritos y quién se los recetó?

¿Cómo afecta esto su vida?

- Salud mental de la familia del padre

	Relación (yo, madre, padre, hermano)
<input type="checkbox"/> ADHD	
<input type="checkbox"/> Bipolaridad	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	

<input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad	
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> Otro	

¿Dónde fue diagnosticado?

¿Cuándo fue diagnosticado?

¿A qué edad se presentaron los primeros síntomas?

¿Actualmente toma medicamentos prescritos y quién se los recetó?

¿Cómo afecta esto su vida?

- Salud mental de los menores

	Relación (yo, madre, padre, hermano)
<input type="checkbox"/> ADHD	
<input type="checkbox"/> Bipolaridad	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	
<input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad	
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> Otro	

¿Dónde fue diagnosticado?

¿Cuándo fue diagnosticado?

¿A qué edad se presentaron los primeros síntomas?

¿Actualmente toma medicamentos prescritos y quién se los recetó?

¿Cómo afecta esto su vida?

Historial prenatal

Historial prenatal:

Cuidado prenatal: (edad de la madre, embarazo planificado, sentimientos respecto al embarazo, cuándo supo que estaba embarazada, cuándo vio al médico):

Complicaciones durante el embarazo: (primera infancia: exposición a violencia doméstica en el útero, preeclampsia, diabetes gestacional, etc.)

Medicamentos prescritos durante el embarazo: Sí No

Uso de cigarrillos durante el embarazo: Sí No

Uso de alcohol durante el embarazo: Sí No

Uso de drogas de la calle durante el embarazo: Sí No

Descripción del tipo de substancia y frecuencia de uso:

Trabajo de parto y alumbramiento: (describa el tipo de alumbramiento)

Descripción de complicaciones durante el trabajo de parto y alumbramiento: (prematuro/tardío/a término, peso de nacimiento, etc.)

Salud física y desarrollo

¿Sus hijos tienen algún retraso del desarrollo diagnosticado? ¿Quién?

Nombre del menor:

Desarrollo	Edad
Se dio vuelta	
Comenzó a gatear	
Caminó	
Se alimentó solo	
Dijo palabras	
Usó el inodoro	
Se sentó solo	
Se vistió solo	
Dijo frases	

¿El menor tiene algún problema alimenticio? Explique.

¿El menor tiene problemas para dormir? Explique.

¿El menor es alérgico a algo?

¿El menor tiene las vacunas al día? Adjunte una copia.

¿Quiénes son el médico y el dentista actuales del menor? ¿Cuándo fueron las últimas citas?

Indique las hospitalizaciones anteriores del menor:

Nombre del menor:

Desarrollo	Edad
Se dio vuelta	
Comenzó a gatear	
Caminó	
Se alimentó solo	
Dijo palabras	
Usó el inodoro	
Se sentó solo	
Se vistió solo	
Dijo frases	

¿El menor tiene algún problema alimenticio? Explique.

¿El menor tiene problemas para dormir? Explique.

¿El menor es alérgico a algo?

¿El menor tiene las vacunas al día? Adjunte una copia.

¿Quiénes son el médico y el dentista actuales del menor? ¿Cuándo fueron las últimas citas?

Indique las hospitalizaciones anteriores del menor:

Nombre del menor:

Desarrollo	Edad
Se dio vuelta	
Comenzó a gatear	
Caminó	
Se alimentó solo	
Dijo palabras	
Usó el inodoro	
Se sentó solo	
Se vistió solo	
Dijo frases	

¿El menor tiene algún problema alimenticio? Explique.

¿El menor tiene problemas para dormir? Explique.

¿El menor es alérgico a algo?

¿El menor tiene las vacunas al día? Adjunte una copia.

¿Quiénes son el médico y el dentista actuales del menor? ¿Cuándo fueron las últimas citas?

Indique las hospitalizaciones anteriores del menor:

Marque (x) las áreas pertinentes e **indique la relación de la persona que presenta el problema con el menor** (padre, madre, abuela materna, tío paterno, etc.).

Enfermedad	Relación
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	
<input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Alzheimer	
<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	
<input type="checkbox"/> Cáncer	

Enfermedad	Relación
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington	
<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Riñón	
<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	
<input type="checkbox"/> Embarazo/Alumbramiento	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	

Historia familiar de consumo de drogas	Relación
<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Cocaína	
<input type="checkbox"/> Heroína	
<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Metanfetaminas	
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Medicamentos con receta médica	
<input type="checkbox"/> Tabaco	

¿Hay algún miembro de la familia que actualmente use drogas o alcohol?

- Familia de la madre

¿Quién?	¿Qué desencadena el uso?
¿Qué?	¿Cómo afecta la vida el uso de drogas?
¿Cuánto es el uso promedio?	¿Se han solicitado o completado evaluaciones de tratamiento/drogas?
¿Dónde?	¿Cuándo?

- Familia del padre

¿Quién?	¿Qué desencadena el uso?
¿Qué?	¿Cómo afecta la vida el uso de drogas?
¿Cuánto es el uso promedio?	¿Se han solicitado o completado evaluaciones de tratamiento/drogas?
¿Dónde?	¿Cuándo?

- Hijo:

¿Quién?	¿Qué desencadena el uso?
¿Qué?	¿Cómo afecta la vida el uso de drogas?
¿Cuánto es el uso promedio?	¿Se han solicitado o completado evaluaciones de tratamiento/drogas?
¿Dónde?	¿Cuándo?

- Hijo:

¿Quién?	¿Qué desencadena el uso?
¿Qué?	¿Cómo afecta la vida el uso de drogas?
¿Cuánto es el uso promedio?	¿Se han solicitado o completado evaluaciones de tratamiento/drogas?
¿Dónde?	¿Cuándo?

Historial de cultura nativa americana

¿Corresponde aplicar la Ley de Bienestar de Menores Indígenas? Sí No
 ¿Inscrito? Sí No

¿Nombre de la tribu?

¿Nombre del clan?

¿Nombre de la banda?

¿Quién es su anciano?

¿Quién es la matriarca de su familia?

¿A qué ceremonias/eventos asiste?

¿A qué costumbres/creencias se adhiere?

Historial de su cultura

Describa los apoyos culturales que usa su familia:

¿A qué costumbres/creencias se adhiere?

¿Qué festividades/eventos celebra que sean específicos de su cultura?