

Social History (Antecedentes Sociales)

Asistente	Agencia	Fecha
-----------	---------	-------

Menor

Nombre		
Fecha de Nacimiento	Nº de Social Security	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Lugar de Nacimiento	Religión	Raza
Discapacidad		
Fecha de Elegibilidad para Título IV-E	Fecha de Elegibilidad para SSI	

Tipo de Evaluación: Inicial Actualización

Evaluación o servicios de salud mental previos: Sí No

Si respondió "Sí", indique las fechas y los nombres de los proveedores.

Fecha	Proveedor

Presentación de inquietudes: (descripción en forma de narración)

Salud mental Abuso de sustancias Justicia juvenil Abuso infantil

Composición del Grupo Familiar

Historial de los Padres			
Padre		Madre	
Fecha de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Domicilio		Domicilio	
Raza	Religión	Raza	Religión
Nacionalidad		Nacionalidad	
Estatura	Peso	Estatura	Peso

Color del Cabello	Color de los Ojos	Color del Cabello	Color de los Ojos
Tribu (si es Nativo Americano)		Tribu (si es Nativo Americano)	
Estado Matrimonial con respecto a la madre del menor		Estado Matrimonial con respecto al padre del menor	
Matrimonios/Concubinatos Previos		Matrimonios/Concubinatos Previos	
Último grado escolar completado		Último grado escolar completado	
¿GED o Diploma de Escuela Superior?		¿GED o Diploma de Escuela Superior?	
Empleador Actual		Empleador Actual	
Domicilio del Empleador		Domicilio del Empleador	
¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí?		¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí?	
Tipo de Empleo		Tipo de Empleo	
Horario Normal de Trabajo		Horario Normal de Trabajo	
¿Servicio Militar?		¿Servicio Militar?	
Cantidad de arrestos		Cantidad de arrestos	
Indique Condenas Penales (describa la sentencia)		Indique Condenas Penales (describa la sentencia)	

Parentesco de los padres/tutores con respecto al menor:

Padres/Tutores	Parentesco

Entorno familiar actual (hermanos y otras personas que viven en el hogar del menor), circunstancias familiares, cuestiones sobre custodia y derechos de visita:

Nombre	Fecha de Nac.	Parentesco	Teléfono

Nombre	Fecha de Nac.	Parentesco	Teléfono

Situación Familiar

Tiempo libre, juegos recreativos y pasatiempos del menor:

Descripción de factores sociales, culturales y étnicos:

Religión

Religión del menor u orientación espiritual:

Antecedentes Familiares de Salud Mental

Antecedentes de la salud mental del menor: (maltrato físico, abuso sexual, violencia familiar, maltrato verbal, diagnóstico previo de problemas mentales o psicológicos, ninguno)

Problemas y estresores familiares:

Estresores recientes: (depresión, problemas de vínculos, suicidio, nivel de estrés, antecedentes de abuso, otros estresores, drogas y alcohol)

Antecedentes de problemas y estresores mentales del grupo familiar: (explique en forma de narración si corresponde)

Antecedentes Educativos

Escuela, Guardería o Maestra Actual

Grado

Escuelas a las que asistió anteriormente: (primera infancia: cantidad de guarderías y por cuánto tiempo)

Actividades extracurriculares del menor: (primera infancia: juguetes y juegos favoritos)

Comentarios o descripción de las discapacidades para las cuales recibió servicios de educación especial:

Problemas escolares y relación con sus pares: (primera infancia: juegos simbólicos o paralelos)

Antecedentes Sociales y del Desarrollo

Historial Prenatal:

Cuidado Prenatal: (edad de la madre, embarazo planeado, sentimientos con respecto al embarazo, cuándo se enteró que estaba embarazada, cuándo visitó al médico)

Complicaciones durante el embarazo: (primera infancia: exposición a violencia familiar antes de nacer, preeclampsia, diabetes gestacional, etc.)

Medicamentos recetados durante el embarazo: Sí No

Fumó durante el embarazo: Sí No

Tomó alcohol durante el embarazo: Sí No

Consumió drogas callejeras durante el embarazo: Sí No

Descripción del tipo de sustancia y la frecuencia de consumo:

Trabajo de parto y parto:

Descripción de las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto: (temprano/tardío/a tiempo, cesárea, peso al nacer)

Temperamento del niño: (primera infancia: atención/estado de ánimo/hora del día)

Indicadores del Desarrollo	
Se sentó a los... (meses)	Dijo sus primeras palabras a los ... (meses)
Gateó a los ... (meses)	Dijo oraciones a los ... (meses)
Caminó a los ... (meses)	Aprendió a ir al baño a los ... (meses)

Descripción de los indicadores del desarrollo o problemas alimenticios, para dormir, auditivos, motricidad fina y gruesa:

Desarrollo durante la adolescencia: (embarazada actualmente, preocupaciones sexuales o ansiedad, problemas de orientación sexual, empleo, inicio de la pubertad, sexualmente activo/a, conducta delictiva, comenzó a salir con alguien, métodos anticonceptivos, otros, no corresponde, ninguno, desconocido)

Describe:

Antecedentes médicos

Médico y dentista actual del menor:

Salud física: (descripción de preocupaciones actuales, problemas relacionados con dolor o la nutrición) (primera infancia: controles de *well baby*, salud bucodental)

Alergias:

Medicamentos: (actuales y quién le recetó cada medicamento, especialmente psicotrópicos)

Otros medicamentos e información médica: (medicamentos de venta libre que se le dan rutinariamente al menor, hierbas medicinales)

Situación Judicial

Situación judicial actual: (CINA [menores con necesidad de asistencia]: cuándo y por qué; delincuente: cuándo y por qué; decreto de acuerdo extrajudicial, acta-acuerdo informal, sin implicación legal, otras implicaciones legales, ninguna)

Describe:

Antecedentes de Abuso de Sustancias Controladas

El/La menor tiene antecedentes de abuso de sustancias controladas: Sí No

Consumo de sustancias informadas por el propio usuario: (alcohol, cocaína, inhalantes, opio/heroína/morfina, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, anfetaminas/estimulantes/metanfetaminas, alucinógenos, marihuana, fenciclidina, otras sustancias, como por ejemplo medicamentos de venta libre que los padres le dan al menor, ninguno, se desconoce)

Comentarios sobre sustancias controladas: (frecuencia, edad de inicio, cantidad) (primera infancia: exposición ambiental)

Servicios previos de abuso de sustancias: Sí No No sabe

Comentarios: (lugar, cuándo, duración)

Observaciones de Sistemas Familiares

Fortalezas del Menor:

Fortalezas de los Padres o la Familia:

Observaciones de dinámicas familiares y sistemas familiares: (anote sus observaciones/percepciones de las interacciones familiares a partir de la historia familiar)

Conclusiones

Factores de protección (problemas de conducta):

Conclusiones y recomendaciones:

Firma del personal y del supervisor si corresponde:

Asistente	Supervisor	Fecha
-----------	------------	-------