



# Kansas Children's Service League

## Servicios clínicos Forma Demográfica

Cada pregunta debe ser completado para obtener servicios

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha de nacimiento:

Fecha: \_\_\_\_\_ Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

primero

Medio

Último

Años: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Calle

Apto#

Ciudad:

Estado:

Código

Condado:

postal:

Sexo:

Masculino

Hembra

etnia:

hispano o latino

No hispanos

Carrera:

Blanco

Negro

Los indios americanos y  
nativos de Alaska

asiático

Islas del Pacífico de  
Hawaii y otra

Dos o mas carreras

Otro

Nivel de ingresos:

Menos de \$ 10,000

\$ 10,000- \$ 14,999

\$ 15.000- \$ 24.999

\$ 25,000- \$ 34,999

\$ 35,000 \$ 49,999

\$ 50,000- \$ 74,999

\$ 75,000

¿Cómo se entero de KCSL? \_\_\_\_\_





## Historia y Física

Por favor complete la siguiente información. Si tienes alguna pregunta, por favor pregunte al recepcionista. Gracias.

### Historia de la presentación de la enfermedad / Preocupación:

Por favor marque cualquiera de los siguientes problemas que el cliente está experimentando:

- Dolor abdominal       provocación de incendios       Huyendo       Berrinche
- Ansiedad       Los dolores de cabeza       problemas sexual       chuparse el dedo
- Torpeza       hiperactividad       / Abuso físico / emocional sexual       problemas de aseo
- Crueldad       Impulsivo       Problemas para dormir       Sub-actividad
- La depresión / tristeza       Acostado       mirada fija       Sin remordimientos
- destructividad       Cambio de humor       Robando       Drogas o el uso de alcohol
- pensamientos de suicidio / homicidio       problemas de alimentación       El exceso de dependencia
- Lloroso

Otros problemas no mencionados anteriormente:

---



---



---

¿Cuándo estos problemas comienzan primero? \_\_\_\_\_

¿Ha notado algún cambio repentino en el comportamiento y estado de ánimo recientemente?  Sí  No. Si sí, explique:

---



---

¿Se han producido cambios en los últimos seis meses? \_\_\_\_\_

---



---

**Para el cliente hembra adulta solamente:** ¿Está actualmente amamantando?  Sí  No.

Son sus embarazada?  Sí  No.

**Para el cliente único hijo:** Hubo algún problema durante el embarazo o complicaciones con el parto?

Sí  No.



# Kansas Children's Service League

En caso afirmativo explicar:

---

---

¿Actualmente asiste a la terapia?  Sí  No.

En caso afirmativo, con quién, con qué frecuencia y está ayudando a que?

---

---

**Para el cliente niño sólo:** Se retrasó su hijo en los hitos del desarrollo, tales como caminar, hablar, sentarse solo, vestirse uno mismo, la TEC? Si es así, por favor explique:

---

---

## Ha tenido problemas con el cliente de cualquiera de los siguientes?

Las alergias a los medicamentos?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

¿Lesión craneal?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

lesión en la cabeza que resulta en la pérdida de la conciencia?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

¿Enfermedades del corazón?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

¿Diabético?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

Convulsiones?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

¿Problemas tiroideos?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

Otros problemas médicos?  Sí  No, si es así por favor explique:

---

Quien es doctor en medicina del cliente?

---



# Kansas Children's Service League

Es el cliente actualmente tomando algún medicamento, incluyendo vitaminas y / o remedios herbales?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique los medicamentos y la razón de tomar:

<b>Medicación</b>	<b><u>Razón</u></b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Cualquier medicamentos psiquiátricos pasados al cliente ha sido en el pasado:

<b><u>Medicación</u></b>	<b><u>¿Te ha ayudado?</u></b>	<b><u>Cualquier malas reacciones?</u></b>
<b><u>Explique.</u></b>		
1. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

nadie en la familia biológica del cliente se le ha diagnosticado?

	Sí	No	Si es así, la relación con cliente
TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
cognitivamente retraso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

El cliente o el padre / tutor, si el cliente firma Menor: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ El día de hoy: \_\_\_\_\_