

Historial de Desarrollo Infantil/Adolescente**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre completo del niño@: _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de Nac. _____ Dirección actual: _____

Tiempo viviendo en dirección _____ Persona dando esta información: _____ Relación con el niño _____ Con quién vive el/al niño@: ☐ ambos padres ☐ madre ☐ padre ☐ otro (especifique) _____

Padre Biológico _____ Empleo _____ Años de Educación: _____ Teléfono del padre: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Madre Biológica _____ Empleo _____ Años de Educación: _____ Teléfono de la madre: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

☐ N/A Nombre de Guardián _____ Empleo _____ Años de Educación: _____ Teléfono de Guardián: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Familia Inmediata Del Niño:

Nombre	Relación con el niño@	Edad/ Grado	Viviendo en casa?

Escribe los nombres de quien vive en la casa pero sin ser parientes del niño@

Nombre	Relación con el niño/familia	Tiempo viviendo en casa

Idioma(s) hablado en casa _____ Idioma principal en casa _____

Todas las locaciones que a vivido el niño (ciudad, estado):

1. Lugar de Nacimiento _____ a que edad/grado se mudo _____
2. _____ a que edad/grado se mudo _____
3. _____ a que edad/grado se mudo _____

Nombre del cliente: _____

Padres Biológicos están actualmente : ☐ casados ☐ separados ☐ divorciados ☐ nunca se casaron

- ¿Si están separados o divorciados, quien tiene custodia legal? ☐ madre ☐ padre ☐ otro (especifique) _____
- ¿Si están separados o divorciados, ¿Cómo cree que su hijo se ha adaptado a la separación del divorcio? _____

¿Hay otros adultos que tienen contribución significativa en la crianza de su hij@? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, por favor indique su nombre y relación con el niño (i.e. padrastro, abuel@, etc.) _____

¿Ha habido cambios significativos en el hogar durante los últimos años? (por ejemplo: nuevos matrimonios, fallecid@s, nacimientos, cambios de hogar, separación familiar/ divorcio, padre yendo a citas, problemas de dinero etc.) _____

¿Qué fortalezas y debilidades cree que tiene su hijo?

Fortalezas _____

Debilidades _____

Describa brevemente sus preocupaciones por su hijo.

SALUD Y DESAROLLO

El niño es su: ☐ hij@ biológic@ ☐ niñ@ adoptivo ☐ hij@ adoptivo ☐ otro: _____

¿Edad de la Madre durante nacimiento? _____

¿La Madre recibió atención medica prenatal de rutina? ☐ Sí ☐ No

Por favor especifique cualquier medicamento utilizado durante el embarazo y la razón por la que lo utilizó. _____

Embarazo duró _____ semanas/meses

Peso al nacer del niñ@: _____ libras _____ onzas

Marque las condiciones a continuación que describen la salud del niñ@ y la madre durante las siguientes etapas...

Embarazo de la Madre

- ☐ Sin complicaciones
- ☐ Apagones
- ☐ Caídas
- ☐ Herida Física
- ☐ Sangrado excesivo
- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Estrés emocional
- ☐ Toxemia
- ☐ Uso de alcohol/
Drogas
- ☐ Uso de Tobacco

Parto del Niñ@

- ☐ Normal
- ☐ Parto inducido
- ☐ Cesárea
- ☐ Recámara de nacimiento
- ☐ Inusualmente parto largo (>12hrs)
- ☐ # de semanas prematuras _____
- ☐ # de semanas vencidas _____
- ☐ Otros problemas (especifique) _____

Condición del Niñ@ al nacer

- ☐ Normal/ No hubo problemas
- ☐ Falta de oxígeno
- ☐ Problema respiratorio
- ☐ Lesión/ defecto de nacimiento
- ☐ Ictericia
- ☐ # de días en UCI recién nacid@ _____
- ☐ Otros Problemas (especifique) _____

Describa el estado de salud actual de su hij@: ☐ Excelente ☐ Bien ☐ Razonable ☐ Malo

¿Su hij@ toma algún medicamento actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, por favor especifique cual medicamento utiliza y la razón por la que lo utiliza: _____

¿Su hij@ tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, quién la identifico, a que edad y que discapacidad? _____

¿Alguna vez su hij@ ha recibido apoyo psicológico? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, de quién (profesional/agencia) y cuando: _____

Nombre del cliente: _____

¿Su hij@ ha tenido alguno de los siguiente?	Por favor describa y de detalles y fechas.
☐ Heridas graves	
☐ Heridas a la cabeza	
☐ Cirugías/ hospitalización	
☐ Ataques o convulisiones	
☐ Otros problemas de salud	

¿Hay antecedentes familiares de lo siguiente?	Miembro de la familia biológica...
☐ Dificultades de aprendizaje (lectura, escritura, matemática)	
☐ Problema del habla o del lenguaje (tartamudeo etc.)	
☐ Trastorno del desarrollo (como Autismo, etc.)	
☐ Problemas emocionales (depresión, cambios de humor, etc.)	
☐ Discapacidad Intelectual	
☐ Reprobando la Escuela(calificaciones reprobatorias, abandonar los estudios, etc.)	
☐ Adicción a las drogas o al alcohol	

Indique la edad o el rango de edad cuando su hijo logró las siguientes metas:

[illegible]

COMPORTAMIENTO

Durante los primeros años de vida de su hijo, ¿estuvo presente de manera significativa algunos de los siguientes?

- | | |
|---|---|
| ☐ Difícil de consolar | ☐ dificultad con la lactancia |
| ☐ No se calmaba fácilmente al ser sostenido o acariciado | ☐ Contacto visual deficiente |
| ☐ De cólico | ☐ No respondía a su nombre |
| ☐ Irritabilidad excesiva | ☐ Fascinación por ciertos objetos. |
| ☐ Sueño disminuido | ☐ Constantemente golpeándose la cabeza |

*Si aplica, por favor describa _____

El Temperamento Temprano del Niño: (hasta los cinco años de edad)

Nivel de Actividad: ¿Qué tan activo ha sido su hijo desde una edad temprana?

Distracción: ¿Qué tanto pudo mantener la concentración o concentrarse en las tareas? _____

Adaptabilidad: ¿Qué tan bien pudo lidiar con la transición, el cambio o cuando se le negó las cosas? _____

Estado de ánimo: ¿Cuál era el estado de ánimo básico de su hijo? ¿Presentó cambios de humor frecuentes? _____

Regularidad: ¿Qué tanto fueron predecibles los patrones de nivel de actividad, sueño, apetito, etc. de su hijo? _____

Antes de los seis años, ¿tenía su hijo más dificultades que otros niños de su edad con...

- | | |
|---|---|
| ☐ Sentado quieto a la hora de comer | ☐ Mantenerse concentrad@ en la televisión, películas, etc. |
| ☐ Prestando atención cuando se le lee | ☐ Esperando su turno en un juego |
| ☐ Lanzar/atrapar una pelota | ☐ Conociendo la izquierda y la derecha |
| ☐ Abrochar/ subiendo su cierre | ☐ Vestirse sol@ |
| ☐ Sosteniendo crayón o lápiz | ☐ abrochando se los zapato |
| ☐ Dejar caer / tirar cosas accidentalmente | |

Por favor, marque todos los comportamientos o características que describen a su hij@ durante el año pasado:

- | | |
|--|--|
| ☐ Comportamiento destructivo | ☐ Parece deprimid@ y infeliz la mayor parte del tiempo |
| ☐ Es cariños@ con la familia y los amigos | ☐ Temperamento explosivo |
| ☐ Responde bien a las figuras de autoridad | ☐ Se queja con frecuencia de dolores y molestias |
| ☐ Energía ilimitada y mal juicio | ☐ Parece tener baja autoestima |
| ☐ Crueldad hacia los animales | ☐ Prefiere estar sol@ (o se considera "solitari@") |
| ☐ Desorganizad@, pierde cosas muy seguido | ☐ le hace falta motivación |
| ☐ Muestra agresión física repentina | ☐ Roba o miente |
| ☐ Frustrad@ fácilmente | ☐ Se enfada con el cambio |
| ☐ Cambia de una actividad a otra | ☐ Se asusta muy seguido |
| ☐ Tiene dificultad para jugar en silencio | ☐ Conflictos frecuentes entre compañeros y / o familiares |
| ☐ Requiere mucha atención de los padres | ☐ Inicia incendios |
| ☐ Se inquieta mucho | ☐ No parece escuchar lo que se dice. |
| ☐ Parece soñar despierto o desconectarse muy seguido | ☐ Siempre preocupánd@ se por algo |
| ☐ Hábitos nerviosos (morderse las uñas, jugar con el cabello, etc.) | |

¿Con qué frecuencia hay problemas para su hijo en cada uno de lo siguiente?

Problemas incluyen: no sigue las instrucciones/reglas, necesita recordatorios, discute/pelea, lloriquea/llora, se inquieta, etc.

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| • Mientras se prepara para la escuela... | ☐ Casi nunca | ☐ Algunas veces | ☐ Frecuentemente |
| • Cuando juega solo... | ☐ Casi nunca | ☐ Algunas veces | ☐ Frecuentemente |
| • Cuando esté con una niñera/guardería... | ☐ Casi nunca | ☐ Algunas veces | ☐ Frecuentemente |
| • Cuando en el coche... | ☐ Casi nunca | ☐ Algunas veces | ☐ Frecuentemente |
| • Al mirar televisión o jugar juegos... | ☐ Casi nunca | ☐ Algunas veces | ☐ Frecuentemente |

¿Cómo describiría la personalidad de su hij@ en casa? _____

¿Con qué adulto preferiría su hijo hablar sobre un problema? _____

¿Quién es el miembro de la familia con el que su hijo se siente más cercano? _____

¿Quién es el principal responsable de la disciplina en casa? _____

¿Cuál es la forma más efectiva de lidiar con los problemas de conducta de su hijo en casa? _____

¿Cómo responde su hij@ a la disciplina? _____

¿Cuáles responsabilidades tiene su hijo en el hogar? _____

* ¿Su hijo hace esto con regularidad? ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo necesita recordatorios frecuentes? ☐ Sí ☐ No

Indique la hora de acostarse de su hijo. ____ : ____ ¿Hora de despertar? ____ : ____

¿Duerme bien? ____ ¿

¿Cuánto tiempo suele dedicar su hijo a los medios electrónicos?

Mirar televisión: ____ horas / día Jugar juegos de video / computadora: ____ horas / día

Otro _____

¿Algún miembro de la familia ha expresado preocupaciones sobre el comportamiento de su hijo?

☐ Sí ☐ No

Si es sí, explique:

¿Cómo describiría las relaciones con los compañeros y la elección de amigos de su hijo? (es decir, ¿cuántos amigos? ¿De qué edad / género? ¿Es el niño tímido, extrovertido, líder, seguidor, etc.?) _____

HISTORIA EDUCACIONAL

¿Cómo se siente su hij@ con respecto a la escuela? _____

¿Qué tan motivado cree que está su hijo para aprender? _____

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo dedica su hijo a la tarea cada noche? _____

¿Qué tan difícil se le hace la tarea? ☐ No se le hace difícil ☐ A veces ☐ se le hace difícil muy seguido

¿Su hijo recibe servicios escolares especiales? ☐ Sí ☐ No

¿Si es sí, qué programa y cuándo comenzaron los servicios? _____

A continuación, indique la escuela a la que asistió y describa el comportamiento académico de su hijo:
Preescolar / Guardería _____

La Primaria _____

La Secundaria _____

La Prepa _____



Evaluación Funcional del Comportamiento (FAST):

Si usted o su hijo(a) presenta conductas desafiantes (por ejemplo, agresión, autolesiones, destrucción de propiedad, fuga o escape del entorno, rabietas frecuentes, incumplimiento significativo, conductas repetitivas u otras conductas que interfieren considerablemente con el funcionamiento diario), por favor complete el cuestionario FAST.

Esta herramienta de evaluación ayuda a su terapeuta a identificar posibles factores que contribuyen a estas conductas y apoya el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado. Para los clientes menores de edad, este formulario debe ser completado por un padre, madre, tutor legal o cuidador que observe regularmente la conducta del niño(a).



Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

9500 Tioga Dr.
Antonio, Texas 78230
(210) 616-0828 * Phone

San
(855) 616-0829 * Fax

Evaluación Funcional del Comportamiento

Herramienta de Evaluación Funcional del Comportamiento (FAST)

Diseñada para ayudar a identificar el porqué detrás de los comportamientos desafiantes de su hijo/a

¿Qué es la herramienta FAST?

La Herramienta de Evaluación Funcional del Comportamiento (FAST) es un formulario breve diseñado para ayudar a identificar qué podría estar causando o manteniendo un comportamiento problemático en su hijo/a. Es parte de un proceso más amplio llamado Evaluación Funcional del Comportamiento (FBA).

Al responder este cuestionario, usted está ayudando al terapeuta de su hijo/a a comprender mejor:

- Cuándo y por qué ocurren ciertos comportamientos.
- Qué podría estar tratando de obtener o evitar su hijo/a con su comportamiento (llamado función del comportamiento).
- Qué apoyos o intervenciones pueden ayudar a reducir el comportamiento problemático.

Sección	Enfoque	Qué mide
Parte 1	Desencadenantes sociales	Si otras personas o interacciones están relacionadas con el comportamiento
Parte 2	Refuerzo social	Si los comportamientos se mantienen por atención, obtención de cosas o evitar tareas
Parte 3	Refuerzo automático	Si los comportamientos satisfacen necesidades internas (sensoriales o de dolor), no relacionadas con otros

Este formulario está diseñado para ser simple, amigable para los padres y fácil de completar. ¿Qué mide cada sección?

Nombre del cliente: _____

Formulario de Evaluación del Comportamiento

Nombre del niño/a: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Persona que completa este formulario: _____

☐ Padre/Madre ☐ Tutor ☐ Otro: _____

¿Pasa tiempo con el niño/a a diario? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿cuántas horas por día? _____ Si no, ¿horas por semana? _____

¿Dónde observa típicamente los comportamientos? (Marque todo lo que aplique)

☐ En casa ☐ Tareas escolares ☐ Juego ☐ Transiciones

☐ Cuando se le dice “no” ☐ Cuando está solo/a ☐ Otro: _____

Parte 1: Desencadenantes sociales

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre cuando hay otras personas alrededor.

☐ Sí ☐ No - Ocurre poco después de que alguien le hable a su hijo/a, le dé una orden o le quite algo.

☐ Sí ☐ No - Cuando ocurre, su hijo/a muestra emociones fuertes (por ejemplo, llanto, gritos).

Parte 2: Posibles motivos – Refuerzo social

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre más cuando su hijo/a no ha recibido atención.

☐ Sí ☐ No - Las personas suelen responder con corrección, consuelo o redirección.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a a menudo actúa para llamar la atención.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a busca interacción social frecuentemente.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento es poco frecuente cuando recibe atención.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre cuando no se le permite tener algo que quiere.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre cuando termina una actividad divertida.

☐ Sí ☐ No - A veces usted le da un juguete/botana para calmarlo/a.

Nombre del cliente: _____

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a a menudo actúa para obtener algo que desea.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento rara vez ocurre durante tareas o actividades escolares.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre más durante tareas o quehaceres.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a a menudo evita o se resiste a cumplir indicaciones.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre más cuando el ambiente es ruidoso o lleno de gente.

☐ Sí ☐ No - Usted a veces le da un descanso cuando ocurre el comportamiento.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento es raro cuando no hay exigencias.

Parte 3: Posibles motivos – Refuerzo automático

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre más cuando su hijo/a está solo/a o aburrido/a.

☐ Sí ☐ No - Ocurre sin importar lo que esté sucediendo alrededor.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a rara vez juega o interactúa con objetos.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a no responde mucho a la interacción social.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a muestra acciones repetitivas (por ejemplo, aleteo, balanceo).

☐ Sí ☐ No - Las personas usualmente no hacen nada cuando esto ocurre.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento ocurre en ciclos—algunos días más que otros.

☐ Sí ☐ No - El comportamiento aumenta cuando su hijo/a está enfermo/a.

☐ Sí ☐ No - Su hijo/a tiene problemas de salud frecuentes (por ejemplo, infecciones, problemas en la piel).

GUÍA DE PUNTUACIÓN (para uso clínico)

Circule todos los ítems que fueron marcados como "Sí" y consulte esta tabla:

Función del Comportamiento	Si respondió 'Sí' a alguno de estos ítems...
Atención	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Nombre del cliente: _____

Acceso a objetos/actividades	☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 9, ☐ 10, ☐ 11, ☐ 12, ☐ 13
Escape/Evitación	☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 14, ☐ 15, ☐ 16, ☐ 17, ☐ 18
Estimulación sensorial (automático)	☐ 19, ☐ 20, ☐ 21, ☐ 22, ☐ 23, ☐ 24
Disminución del dolor (automático)	☐ 19, ☐ 20, ☐ 24, ☐ 25, ☐ 26, ☐ 27

La función con más respuestas afirmativas (“Sí”) puede ser la razón principal del comportamiento. Esto debe confirmarse mediante observación y revisión clínica.

Notas adicionales (opcional):
