

Estimados Padres:

Gracias por su interés en el programa Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (Parent-Child Interaction Therapy o "PCIT" en inglés) del Mailman Center for Child Development en la Universidad de Miami, Miller School of Medicine. Con el objetivo de darle mejor ayuda a su hijo, le pedimos que por favor llene el formulario adjunto. El propósito de llenar este formulario es para ver si su familia califica para participar en nuestra investigación de niveles diferentes de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos. Este formulario de historia se tarda aproximadamente 30 minutos para llenar. Se le harán preguntas sobre sus antecedentes familiares, la historia médica de su hijo/a, el desarrollo y el comportamiento de su hijo/a, y la educación de su hijo/a. Usted puede optar por no contestar estas preguntas. Usted puede optar por parar de llenar este formulario en cualquier momento. Su cumplimentación de este formulario es completamente voluntario. Si usted niega a responder a las preguntas o para de responder en cualquier momento, no habrá penalidad, y no perderá ningunos beneficios a los que de otra forma tendría derecho. La información sobre su familia que usted da al personal de PCIT de este formulario de historia se mantendrá tan confidencial como sea posible, como lo requiere la ley. El riesgo de llenar este formulario de historia es tan pequeño, pero es posible que algunas personas pueden sentir incomodos respondiendo a estas preguntas. Si ustedes califican para participar en la investigación y están interesados en participar, su nombre y su información será registrada por el personal de PCIT; se mantendrá confidencial, pero hay un riesgo pequeño que personas afuera del equipo de investigación pueden obtener esta información. Por ejemplo, el correo electrónico, fax, y correo postal no siempre son formas seguras de comunicación. Si usted no está interesado en la investigación, el personal de PCIT destruirá la información personal que usted proveer en el formulario de historia. El beneficio para usted llenando este formulario es que usted puede saber si puede participar en nuestra investigación de niveles diferentes de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos. Esto involucra su familia recibiendo terapia semanal gratis para los comportamientos de su hijo/a y su relación con su hijo/a. Si usted no quiere llenar el formulario de historia, usted tiene otras opciones. Usted puede llamar a 2-1-1 para una lista de otras opciones para terapia para su familia. Respondiendo a estas preguntas nos ayudará entender las preocupaciones que usted tiene sobre su hijo/a y nos ayudará determinar si Terapia de Interacción entre Padres e Hijos podrá satisfacer mejor las necesidades de su familia.

Al momento de recibir los formularios completados, estaremos comunicándonos con ustedes dentro de cinco días laborales. Si concluimos que otra agencia, programa o servicio es de mejor ayuda para su hijo, le proveeremos con la nueva información de contacto. Por favor asegúrese de colocar las estampillas de correo apropiado para prevenir cualquier retraso. Puede enviar los formularios completos al número de fax 305-243-4512 o por correo electrónico a: PCIT@med.miami.edu. También puede mandar los formularios por correo postal a: PCIT, 1601 NW 12th Ave., Miami, FL 33136. Si usted necesita ayuda de completar este formulario, por favor llámenos al 305-243-0234 y uno de nuestros empleados ayudará a usted de completar el formulario por teléfono. Si usted tiene otras preguntas, por favor llámenos al 305-243-0234. Esperamos contactarnos pronto con usted.

Gracias por su interés en PCIT.



UM PCIT Director Clínico
Profesor Asistente de Pediatría Clínica División de
Psicología Clínica Departamento de Pediatría
Miller School of Medicine University of Miami



Allison Weinstein, Ph.D.
UM PCIT Director Clínico Asociado Psicología
Clínica Departamento de Pediatría Miller
School of Medicine University of Miami

Department of Pediatrics · Mailman Center for Child Development · Division of Clinical Psychology

P.O. Box 016820 (D-820), Miami, FL 33101
1601 NW 12th Ave, Miami, FL 33136
Ph: 305-243-6857 · Fax: 305-243-4512

Su nombre: _____

La nombre de su hijo/a: _____

La fecha de nacimiento de su hijo/a: _____

Su número de teléfono principal: _____

Por favor indica su disponibilidad para citas (una hora regular cada semana por aproximadamente 6 meses) para cada lugar que estaré interesado en recibiendo servicios. Pondremos a su familia en la lista de espera para las horas que seleccione, y lo ofreceremos a usted el primero puesto. Cuando usted está seleccionando horas para citas, cuenta que las horas más tarde del día tienen esperas más largos como las horas más tempranas. Nosotros ofrecemos servicios en varios lugares en el condado de Miami-Dade para satisfacer las necesidades únicas de las familias. El tipo de servicios que ofrecemos en cada sitio son un poco diferentes. Una descripción breve de cada programa está a continuación. Cada sitio enumerará los servicios específicos de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (PCIT) que están disponibles para ese sitio.

PCIT- orientación en vivo de interacciones entre padres e hijos en una oficina

PCIT para niños con un Trastorno del Espectro Autista (TEA)- orientación en vivo de interacciones entre padres e hijos en una oficina diseñado específicamente para niños con TEA.

i-PCIT- Terapeutas en el Mailman Center ofrecen orientación de interacciones entre padres e hijos por video a la casa de la familia. Este servicio está disponible para familias que tienen wi-fi en la casa. El equipo es prestado.

Mailman Center for Child Development- Encierre en un círculo el servicio en lo que usted está mas interesado que está disponible en este sitio.:

	PCIT	PCIT para niños con TEA	i-PCIT
--	-------------	--------------------------------	---------------

lunes (9 a 5): _____

martes (9 a 5): _____

miércoles (9 a 5): _____

jueves (9 a 5): _____

PCIT

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre de su hijo/a: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre(s) o cuidador(es) principal(es): _____

Número(s) de teléfono: _____

Dirección: _____

¿Cuántas personas (adultos y niños) viven en su casa? _____

¿Cuál es su ingreso anual del hogar? _____

¿Cuál de los siguientes describe mejor la raza de su familia?

- 1) _____ Blanco
- 2) _____ Negro or Afroamericano
- 3) _____ Indio Americano o Nativo de Alaska
- 4) _____ Asiático
- 5) _____ Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico
- 6) _____ Birracial o multirracial

¿Cuál de los siguientes describe mejor la etnia de su familia?

- 1) _____ Hispano o Latino
- 2) _____ No Hispano o Latino

Por favor, encierra uno en un círculo.

Idioma principal hablado por el niño en la casa : Inglés Español Otro: _____

Idioma preferido para sesiones de terapia con padre(s) e hijo(s): Inglés Español Otro: _____

Involucramiento con Servicios de Protección de Menores (el Departamento de Niños y Familias)

Alguna vez ha estado usted o algunas de las cuidadoras principales estado involucrado con Servicios de Protección de Menores (el Departamento de Niños y Familias) SÍ NO

Si el respuesto es sí, por favor explique:

Preocupaciones Primarias

¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre el comportamiento o emociones de su hijo?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre el rendimiento académico de su hijo y como aprende?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre como su hijo se ha desarrollado?

¿Ha sido involucrado usted o algún otro proveedor de cuidado primario del niño/la niña con servicios de protección de menores (ejemplo, el Departamento de Niños y Familias)? **Sí** **No**

Si respondió "sí," por favor explique:

Preocupaciones Sobre El Desarrollo de Su Hijo

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo:

¿Su hijo prefiere jugar solo más que con otros niños?	Si	No
¿Su hijo evita el contacto visual con otras personas?	Si	No
¿Su hijo parece ser extremadamente sensible a los sonidos?	Si	No
¿Su hijo parece ser extremadamente sensible a ciertos sabores o texturas?	Si	No
¿Su hijo produce sonidos vocales inusuales?	Si	No
¿Su hijo tiene historial de retraso en el habla?	Si	No
¿Su hijo se golpea la cabeza intencionalmente?	Si	No
¿Su hijo hace movimientos como aleteo con sus manos o dedos como un pájaro?	Si	No
¿Su hijo se resiste a las actividades o ritual diarias?	Si	No
¿Su hijo tiene intereses limitados en juegos o juguetes?	Si	No

Si usted respondió SI a cualquiera de las preguntas, por favor describa:

CUESTIONARIO

DATOS FAMILIARES

Nombre del niño/niña: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: fem. masc.
Dirección: _____ Teléfono: _____
Escuela: _____ Zip: _____
Grado: _____
Persona que está llenando esta forma: Madre Padre Padrastro Madrastra Abuela
Otro (explique) _____

Nombre de la madre: _____
Dirección _____
Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____
Nombre del padre: _____
Dirección _____
Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____
Nombre del padrastro/ madrastra: _____
Dirección _____
Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____
Estado marital de los padres: _____
Si separados o divorciados, edad del niño cuando ocurrió la separación: _____

Email: _____
El niño/a vive con: Ambos padres: ___ Madre: ___ Padre: ___ Madre y Padrastro: ___
Padre y madrastra: ___ Guardián legal: ___ Otro/a: (especifique): _____

Otros hijos (incluyendo medio-hermanos y hermanastros):

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>¿en la casa?</i>	<i>Problemas de escuela, conducta, salud</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Vive alguien más en la casa? _____

Idioma principal que se habla en la casa: _____
Otros idiomas que se hablan en la casa: _____
Grupo Étnico: _____
Lugar de nacimiento de: Madre: _____
Padre: _____
Niña o niño: _____

¿Es el niño/a adoptado/a? Sí _____ No _____
Si fue adoptado, ¿a qué edad? _____ ¿Lo sabe el niño? Sí _____ No _____

Nombre del médico del niño/a: _____ Teléfono: _____

RAZÓN DEL REFERIDO

¿Por qué está buscando ayuda para su hija/o? _____

¿Quién los refirió aquí? _____

¿Qué servicios específicos está usted buscando? (Ejemplo: evaluación psico-educativa, pruebas de inteligencia, recomendación de medicinas, terapia, etc.) _____

¿Ha tenido el niño/a evaluaciones o tratamiento anteriormente? Sí _____ No _____

Donde _____ Cuando _____
Donde _____ Cuando _____
Donde _____ Cuando _____

Por favor, incluya una copia de las evaluaciones anteriores.

HISTORIAL FAMILIAR

Madre Natural

Padre Natural

Edad: _____

Grado más alto completado: _____

Título: _____

Ocupación: _____

Describa si estuvo en educación especial o recibió tutoría:

Describa grados repetidos o asignaturas fracasadas:

Describa si tuvo dificultades de aprendizaje, en qué asignaturas, y en qué grado:

Describa problemas psicológicos o psiquiátricos y si recibió tratamiento o medicinas

Describa problemas de comportamiento y si recibió tratamiento:

¿Algún trastorno de atención (ADD) o hiperactividad? Describa tratamiento

¿Tiene alguno de los familiares cercanos (abuelos, tíos, primos) alguna de las condiciones siguientes?:

<i>Condición</i>	<i>Relación con el niño</i>	<i>Condición</i>	<i>Relación con el niño</i>
___ Alcoholismo	_____	___ Problemas nerviosos	_____
___ Hiperactividad	_____	___ o psicológicos	_____
___ Epilepsia/ convulsiones	_____	___ Depresión	_____
___ Abuso de drogas	_____	___ Intento suicida	_____
___ Dislexia	_____	___ Problemas de aprendizaje	_____
___ Falta de atención	_____	___ Retardo mental	_____
___ Muerte en la niñez	_____	___ Autismo	_____

NACIMIENTO

Durante el embarazo, ¿tuvo la madre alguna complicación? Sí ___ No ___
 Si tuvo, ¿qué clase? _____

Durante el embarazo, ¿tuvo la madre que tomar medicinas? Sí ___ No ___
 Si las tomó, ¿qué clase? _____

Durante el embarazo, ¿fumaba la madre? Sí ___ No ___
 Si fumaba, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

Durante el embarazo, ¿tomaba la madre bebidas alcohólicas? Sí ___ No ___
 Si las tomó, ¿qué clase y cuánto al día? _____

Durante el embarazo, ¿la madre usó drogas? Sí ___ No ___
 Si las tomó, ¿qué clase? _____

¿Se usaron fórceps en el parto? Sí ___ No ___
 ¿Se le hizo Cesárea? Sí ___ No ___
 Si tuvo Cesárea, ¿por qué motivo? _____

¿Fue prematuro el niño/a? Sí ___ No ___
 Si fue prematuro, ¿cuántas semanas se adelantó? _____

¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____

¿Hubo algún defecto de nacimiento o complicación al nacer? Sí ___ No ___
 Si los hubo, por favor descríbalos: _____

¿Cuántos días estuvo el niño/a en el hospital al nacer? _____

INFANCIA Y NIÑEZ TEMPRANA

Por favor, circule las palabras que describen a su hijo/a en su infancia y niñez temprana:

tranquilo y contento	_____	irritable y con cólicos	_____	no le gustaba la gente	_____
fácil de alimentar	_____	problemas de alimentación diarios	_____	le gustaba la gente	_____
dormía bien	_____	problemas frecuentes para dormir	_____	coordinado	_____
usualmente relajado	_____	disfrutaba contacto visual	_____	poca coordinación	_____
usualmente inquieto	_____	evitaba contacto visual	_____	cauteloso y cuidadoso	_____
poco activo	_____	demasiado activo	_____	dado a accidentes	_____
fácil de cargar	_____	no le gustaba estar cargado	_____	fácil de calmar	_____
rabietas	_____	se daba golpes en la cabeza	_____		_____

¿Hubo algún problema con el crecimiento y desarrollo de su hijo en sus primeros años? Sí ___ No ___

Si lo hubo, por favor, descríbalo(s): _____

La siguiente es una lista de comportamientos de bebés y niños pequeños. Por favor, indique la edad en la que su hija/o demostró cada uno de ellos. Si no recuerda bien, pero tiene una idea, escriba la edad seguida por una interrogación (?). Si no recuerda la edad, escriba si cree que fue temprano (Te), normal (N) o tarde (Ta). Si no recuerda en lo absoluto, ponga una interrogación.

<i>Comportamiento</i>	<i>Edad</i>	<i>Comportamiento</i>	<i>Edad</i>
Se sentó solo/a	_____	Se vistió solo/a	_____
Caminó solo/a	_____	Se entrenó para ir al baño	_____
Balbuceó	_____	No se orinó más de noche	_____
Dijo la primera palabra	_____	Comió solo/a	_____
Puso varias palabras juntas	_____	Montó/corrió triciclo	_____
Nombró colores	_____		

¿Hay algo que su hija/o podía hacer antes que ya no puede hacer? Sí _____ No _____
 ¿Qué? _____

HISTORIAL MEDICO

¿Alguna vez ha tenido que llevar a su hijo a Emergencia por un problema grave, ha estado hospitalizado, o ha tenido alguna operación/ cirugía? Sí _____ No _____
 Si la respuesta es sí, describa la condición, problema, tratamiento, o cirugía. Diga cuando, donde, y por cuanto tiempo:

Si tuvo una herida o golpe en la cabeza, ¿perdió el conocimiento? Sí _____ No _____
 Si lo perdió, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Está tomando su hijo alguna medicina? Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____

Marque las condiciones o enfermedades que su hijo ha tenido, y en qué fecha o edad las tuvo:

<i>Condición</i>	<i>Edad o Fecha</i>	<i>Condición</i>	<i>Edad o Fecha</i>
___ Mareos	_____	___ Dolores de cabeza severos	_____
___ Cansancio/ debilidad extrema	_____	___ o frecuentes	_____
___ Meningitis	_____	___ Encefalitis	_____
___ Epilepsia	_____	___ Convulsiones	_____
___ Alergia a medicinas	_____	___ Anemia	_____
___ Hospitalización	_____	___ Cirugía	_____
___ Problemas de oído	_____	___ Asma	_____
___ Desmayos	_____	___ Huesos rotos	_____
___ Otro (describa)	_____		

Audición:

¿Ha tenido su hijo/a una evaluación auditiva en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____
 ¿Fueron normales los resultados? Sí _____ No _____
 ¿Le preocupa la audición de su hija/o? Sí _____ No _____

Visión:

¿Usa espejuelos / lentes su hijo/a? Sí ____ No ____
¿Ha tenido su hija/o un examen de la vista en los últimos 6 meses? Sí ____ No ____
¿Se pega mucho a la televisión o a los libros cuando los está viendo? Sí ____ No ____
Los padres o hermanos del niño ¿tienen problemas visuales o usan espejuelos? Sí ____ No ____
¿Quiénes? _____

¿Tiene su hija/o dificultad con alguna de estas destrezas?

____ Habla	____ Lenguaje	____ Coordinación
____ Ir al baño	____ Dormir	____ Comer

COMPORTAMIENTO Y SALUD MENTAL

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/a? _____

¿Cuáles son las cosas que su hija/o hace bien? _____

¿Qué es lo más difícil al criar a su hijo/a? _____

Por favor, describa comportamientos de su hijo que le preocupen mucho a usted o a otras personas:

Por favor, escriba cualquier experiencia traumática o estresante que haya ocurrido en la vida de su hijo/a que usted crea haya tenido impacto en su desarrollo y funcionamiento actual. Incluya el incidente, la edad que tenía el niño/a, y sus comentarios.

Su hijo/a ¿ha tomado medicinas para ayudar en su aprendizaje o comportamiento? Sí ____ No ____

Describe: _____

Su hijo/a o algún miembro de su familia inmediata ¿ha recibido tratamiento de salud mental tal como consejería individual o familiar, consejería de grupo, terapia, etc.? Sí ____ No ____

Si la respuesta es sí, describa los tratamientos presentes o pasados, incluyendo qué tipo, quién lo recibió, nombre del consejero/ terapeuta, y tiempo que duró. _____

¿Qué formas de disciplina emplea usted usualmente cuando su hijo/a se porta mal? Marque todas las que usa con más frecuencia. Añada cualquier otra que use que no esté incluida.

<i>Técnica de disciplina</i>	<i>Técnica de disciplina</i>
____ Ignorar la conducta	____ Mandarlo/a a sentar en una silla
____ Regañarlo/a	____ Mandarlo/a a su cuarto
____ Pegarle	____ Quitarle alguna actividad o comida
____ Amenazarlo/a	____ Otra (describa) _____
____ Cambiar su atención	____ _____
____ Razonar con él/ella	____ No uso ninguna

¿Cuáles son las técnicas más efectivas? _____

HISTORIAL EDUCATIVO

Marque los problemas educativos que su hija/o tiene en estos momentos.

- ___ Dificultad en lectura
___ Dificultad con otras asignaturas (describa)
___ Dificultad con aritmética
___ Dificultad al deletrear
___ Dificultad en escritura
___ Dificultad en prestar atención en clase
___ No le gusta la escuela

¿Qué mano prefiere su hija/o para escribir? Derecha Izquierda.
¿Para comer? Derecha Izquierda

¿Fue su hija/o a pre-escolar? Sí ___ No ___ ¿A qué edad? ___
¿Ha sido su hijo/a evaluado en un programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP)?
No ___ Sí ___ ¿En cuál? ___

¿Está su hija/o en una clase de educación especial? Sí ___ No ___
Si está, en qué tipo de clase? ___
¿Ha repetido algún grado? Sí ___ No ___
Si repitió, ¿qué grado y por qué? ___
Su hija/o, ¿ha recibido tutoría o terapia en la escuela? Sí ___ No ___
Si la ha recibido, por favor, descríbala: ___

Describa brevemente el historial educativo de su hijo/a y cualquier problema que tuvo en cada grado:

- Kindergarten: ___
Primer Grado: ___
Segundo Grado: ___
Tercer Grado: ___
Cuarto Grado: ___

¿Cuáles son las fortalezas o las características mejores que tiene su hijo/a? ___

Añada cualquier otra información que usted crea que sea relevante ___

GRACIAS

Firma

Relación con el niño/a

Fecha