



REFERENCIA A: SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE EDUCACION TEMPRANA

Fuentes Financieras de la Familia (por favor marque todos los que apliquen) EHS HS CPP IS TB

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conductas inapropiadas
Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Preocupación en las habilidades de ir al baño |
| <input type="checkbox"/> Los padres expresaron interés en recibir asesoramiento | <input type="checkbox"/> Retraído, aislado, comportamiento reservado en casa o escuela |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre la familia (divorcio Resiente, separación) etc. | <input type="checkbox"/> Preocupación de posible abuso |
| <input type="checkbox"/> Crisis en la familia | <input type="checkbox"/> Depresión Pos-Parto |
| <input type="checkbox"/> Muerte en la familia | <input type="checkbox"/> Comportamiento disruptivo en casa |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento disruptivo en el salón | <input type="checkbox"/> Preocupación sobre apegos/unión |
| <input type="checkbox"/> Los padres parecen deprimidos/con ansiedad/ abrumados | <input type="checkbox"/> Preocupación de que los padres tienen expectativas inapropiadas |

Especifique: _____

Información adicional: _____

Se consulto a otros Profesionales: No ___ Si ___ nombre y organización: _____

Las estrategias que se han utilizado hasta el momento:

redirección

tiempo de reflexión

especifique: _____
