Chapel Hill Children & Adolescents' Clinic
301 Kildaire Rd, Suite 200
Chapel Hill, NC 27516
(919) 967-0771 Fax (919) 967-9207

HISTORIAL SOCIAL
1 FORMULARIO POR FAMILIA EN EL HOGAR

FECHA: _____

FOR OFFICE USE:
PATIENT NUMBER

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HERMANO(S) Y FECHA(S) DE NACIMIENTO: _____

_____

_____

Por favor, indique quien vive en el mismo hogar con los niños:

Nombre	Relación	Edad

Si los padres del niño no viven juntos, ¿cuál es el estado de custodia? _____

_____

Empleo de los padres o de los cuidadores: _____

_____

Nivel de educación más alto de los padres o cuidadores: _____

_____

¿Alguien en el hogar usa tabaco? Sí No

¿Hay pistolas en el hogar? Sí No

Si tiene pistolas en casa, ¿están cerradas con llave? Sí No

En el año pasado, ¿en algún momento ha quedado sin comida su familia, o se preocupó que iba a acabarse la comida antes de obtener dinero para comprar más? Sí No

En el año pasado, ¿alguno de los padres o cuidadores ha tenido un problema con el alcohol? Sí No

¿Algunos de los padres o cuidadores ha tenido un problema con las drogas? Sí No

Cuando usted era pequeño/a, ¿Cómo le castigaron sus padres a usted? _____

_____

¿Qué tan firmes son las creencias religiosas de su familia? (marque lo que se aplica)

Muy firmes Bastante firmes No tan firmes No se aplica

¿Que religión practica su familia? (Si se aplica) _____

¿Con qué frecuencia lee cuentos a su hijo/a? (marque lo que se aplica)

Frecuentemente A menudo A veces Con poca frecuencia Jamás No se aplica

¿Con qué frecuencia come junto la familia? (marque lo que se aplica)

Frecuentemente A menudo A veces Con poca frecuencia Jamás No se aplica

¿Qué actividades divertidas hacen juntos, como familia? _____

_____