



## 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<br>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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_