

Inscripción (Intake)

Panorama general

Información personal									
Nombre:		ID	Teléfono:		Tel. en casa:		Edad:		
Correo:			Lugar de estudio:			Fecha nacimiento:			
No. Hermanos	Su lugar en la familia	Edad del menor	Edad del mayor	No. hermanos casados	Fecha:				
					Padres casados: Sí ☐ No ☐				
Dirección:			OMS: ☐ Leumit ☐ Macabi ☐ Klalit ☐ Meuhedet ☐ None Seguro adicional/otro:						
Sobre el padre :									
Sobre la madre :									
Sobre los hermanos :									
Cómo se enteraron de nosotros:									
Antecedentes (Como fue en el pasado)									
Lo que más le molesta/quiere mejorar hoy									
Desarrollo									
☐ Parto complicado		Especifique:							
☐ Dificultades de desarrollo		Especifique:							
Edad de sus primeras palabras:		Primeras frases:		Especifique:					
☐ Recibió tratamientos paramédicos como: fisioterapia, hidroterapia, terapia ocupacional / logopeda, etc.									
Especifique:									
☐ Problemas médicos en el pasado/hoy		Especifique:							
Sensibilidad alimentaria: ☐ Leche ☐ Azúcar blanca ☐ Cualquier azúcar ☐ Harina ☐ Otro:									
Sensibilidad a luz/sonido/tacto: ☐ Excesiva ☐ Baja		Moja la cama: ☐ Sí ☐ No ☐ A veces		Horas de sueño:					
Cuántas comidas nutritivas al día		Especifique:							
Indicar: (1) Nada (2) Poco (3) Sí (4) Mucho				No le gusta andar en bicicleta					
Torpeza motora				Dificultad para conciliar el sueño					
Mucha energía				Sueño poco profundo					
Olvidadizo				Batalla para levantarse en la mañana					
Comprensión superficial				Dificultad en la visión / enfoque					

Inscripción (Intake)

Panorama general

Efecto de los medicamentos tomados (1) Nada (2) Poco (3) Suficiente (4) Mucho

Medicamento	Dosis	Inicio	Fin	Ayuda (1-4)	Perjudica (1-4)	Notas (efectos secundarios y efectividad)

Área del estudio (1) Superior a la media (2) Promedio (3) Ligeramente debajo de la media (4) Muy por debajo de la media

Materia	Nota	Especifique	Materia	Nota	Especifique
Lectura			Guemará/Mishná/Jumash		
Comprensión lectora			Escucha al maestro		
Escritura (letra)			Organización		
Ortografía			Se entretiene durante clase		
Lenguaje			Motivación		
Manualidades			Responde en relación al tema preguntado		
Matemáticas					

Área social (1) Nada (2) Poco (3) Sí (4) Mucho/Muy

Dominio	Nota	Especifique	Dominio	Nota	Especifique
Se enreda con amigos/maestros/padres			Desarreglado		
No vienen amigos a casa			Competitivo		
No capta el lenguaje corporal/no verbal			No sabe decir no (límites)		
Se congela en situaciones sociales			Víctima de intimidación		
			Comportamiento difícil		

Área emocional (1) Nada (2) Poco (3) Sí (4) Mucho/Muy

Dominio	Nota	Especifique	Dominio	Nota	Especifique
Tímido			Mente no flexible		
Perfeccionista			Baja autoestima		
Violento			Tendencia al miedo		
Hipersensibilidad			Depresivo		
Ansiedad social			Explosivo		
Ansiedad sobre el futuro			Muy activo		
Ansiedad sobre cosas, animales, etc.			Le cuesta posponer gratificación		

Notas adicionales:

El tratamiento y la supervisión es por parte de la Sra. Deborah Asayag (psicóloga clínica) en "Hayeladim Shelanu". Confidencialidad garantizada. Pido a la organización ayuda para mi hijo/hija y por la presente doy permiso para transferir, si es necesario, material médico, paramédico, educativo y/o de desarrollo a terapeutas o entidades autorizadas en caso de ser necesario. Soy consciente de que el tratamiento no siempre es efectivo para todas las personas y me comprometo a no demandar y/o dañar los derechos de "Hayeladim Shelanu" o de cualquier persona en su nombre por ningún motivo: Firma _____ Nombre _____