



REPÚBLICA DE HONDURAS
ALCALDÍA MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA, INTIBUCÁ
PLANILLA DE TRANSPORTE



Evento _____

LUGAR Y FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

N°	NOMBRE	PERIODO DE TRABAJO					VALOR POR DIA	MONTO TOTAL LPS	NUMERO DE IDENTIDAD	FIRMA
		L	M	M	J	V				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Mi existencia depende de cuánto yo protejo los recursos naturales



Entrevista Psicológica infantil – adolescente

I. DATOS GENERALES:

1. Nombre: _____
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
3. Edad en años y meses: _____ sexo: _____
4. Dirección y teléfono: _____
5. Grado escolar: _____ Escuela: _____
6. Estado actual (motivo de consulta): _____

II. HISTORIA FAMILIAR:

1. Padre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
2. Madre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
3. Relaciones de pareja: buena, regular, mala, separados, divorciados, abandono total de un miembro.
Especificar razones: _____

4. Hermanos: sexo y edad: _____

Relaciones con el niño (cada hermano) estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
5. Antecedentes familiares:
Médicos: _____
Psiquiátricos: _____
Tóxicos: _____
6. Reacción de los padres ante el problema del niño:

III. HISTORIA PERSONAL.

1. **Antecedentes:**
Embarazo: _____ hijo deseado: _____
Dificultades prenatales (médicas, intentos aborto, psicológicas): _____



Entrevista Psicológica infantil – adolescente

Período perinatal: Parto: _____
(normal), (anoxia), (cordón umbilical), (placenta), (malformación),
(ictericia), (preclancia materna).

Peso al nacer: _____ talla al nacer: _____

Lactancia materna hasta los _____ meses, con biberón
hasta _____ meses.

Tipos de semisólidos introducidos: _____

Tipos de sólidos introducidos: _____

Problemas de alimentación al nacer y hasta el primer año: _____

Dificultades para dormir: _____

Reacciones del niño: tranquilo, inquieto.

Edad de gateo: _____ edad de ponerse en pie: _____

Edad al caminar: _____ Inicio del lenguaje: _____

Enfermedades médicas: _____

Hospitalizaciones y cirugías: _____

Problemas visoperceptivomotores: _____

2. **Antecedentes Escolares:**

Nivel escolar: _____ Índice académico: _____

Escuela: _____

¿Cómo fue el proceso de adaptación a la escuela?: _____

Problemas escolares (académicos), (conductuales): _____

¿Qué le gusta mas de la escuela?: _____

¿Qué no le gusta de la escuela?: _____

¿Cómo es con las tareas?: _____

¿Cómo maneja los útiles escolares?: _____

¿Qué problemas posee a nivel de lectura, escritura, cálculo?: _____

¿Cómo se relaciona con la maestra?: _____

¿Cómo se relaciona con los compañeros?: _____

3. **Aspectos de Socialización y afectivos:**

Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2783-80-80

Mi existencia depende de cuánto yo protejo los recursos naturales



Entrevista Psicológica infantil – adolescente

¿Hace amigos con facilidad? (comunicativo, poco comunicativo, participa en grupo, tendencia al aislamiento, pasivo, agresivo, dependiente, independiente).

¿De que edad son los niños con los que se relaciona?

¿Qué tipo de juegos realiza? _____

¿Qué hace con otros niños de su mismo sexo?: _____

¿Cómo se relaciona con los niños de otro sexo?: _____

¿Por qué cosas se pelea con otros niños?: _____

¿Qué lo hace feliz?: _____

¿Qué lo entristece?: _____

¿Qué lo enoja?: _____

¿Sobre que aspectos de la vida pregunta con mayor frecuencia?:

¿Qué tan bien se baña, se viste, come, duerme, en la actualidad?

4. Intereses y pasatiempos:

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?:

¿Qué hace cuando está solo?

¿Qué no le gusta hacer?

¿Qué tipo de deportes le gustan?

¿Cuáles son sus juegos favoritos?, ¿Alguna vez a jugado al doctor, mamá y papá?

¿Qué programas de televisión mira?

5. Desarrollo Psicosexual:



Entrevista Psicológica infantil – adolescente

Destete: _____ ¿Qué tipo de alimentos prefiere?: _____

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse?: _____

Control anal: _____ vesical diurno: _____ Vesical nocturno: _____ técnica: _____

¿Qué reacciones posee ante la defecación? (asco, vergüenza, miedo, agrado, desagrado)

Succión del dedo: _____ Masturbación: _____

¿Con quien duerme?: _____

¿Alguna vez ha observado actos sexuales?: _____

¿Qué conocimientos tiene acerca de la sexualidad?

Información sexual adquirida y fuentes: _____

Preadolescencia y adolescencia:

Menarquia: _____ experiencia: _____

Polución: _____ experiencia: _____

¿Fue informado?: _____

Reacciones emocionales propias de la adolescencia:
(extrovertido, tímido, ansioso, voluntarioso, mal humorado, lábil).

Noviazgo: _____

Aceptación familiar o restricción familiar ante el noviazgo: _____

6. Síntomas Neuróticos:

Pesadillas: _____ Terrores nocturnos: _____

Sonambulismo: _____ Berrinches: _____

Regresiones: _____ Enuresis: _____

Encopresis: _____ Onicofagia: _____

Tricotilomanía: _____ problemas de lenguaje: _____

Tics: _____ Convulsiones: _____

Robo: _____ Mentira: _____

7. Castigos:



Entrevista Psicológica infantil – adolescente

¿Quién es el responsable de la disciplina?:

¿Qué comportamientos le molestan del niño?

¿Qué tipo de castigos utiliza frecuentemente?

8. Observaciones finales:



REPÚBLICA DE HONDURAS
ALCALDÍA MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA, INTIBUCÁ



CONCENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente afirmo que he sido debidamente informado(a) y entiendo todos los aspectos del proceso de evaluación psicológica en el que mi hijo(a), _____.

Va a participar y que he pedido se me expliquen aquellos aspectos que no están claros para mí.

Acepto participar en este proceso, aceptando ser responsable, asistiendo puntualmente los días de las citas y horario estipulados con anterioridad. Comprometiéndome a informar si en algún momento tuviese inconveniente para asistir a las sesiones.

Se firma el presente a los _____ del mes _____ del año _____ en el municipio de Yamaranguila, Intibucá.

Nombre completo del responsable (madre, padre o tutor)

Dirección

Teléfono

Firma

Lic. En psicología Gabriela Tosta



REPÚBLICA DE HONDURAS
ALCALDÍA MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA, INTIBUCÁ
PLANILLA DE TRANSPORTE



Evento _____

LUGAR Y FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

N°	NOMBRE	PERIODO DE TRABAJO					VALOR POR DIA	MONTO TOTAL LPS	NUMERO DE IDENTIDAD	FIRMA
		L	M	M	J	V				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Mi existencia depende de cuánto yo protejo los recursos naturales

