



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



HISTORIAL – PSICO-SOCIAL

Nombre del Joven: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Género: F (___) M (___) **Estado Civil:** Soltero (___) Casado (___) **Hijos:** Sí (___) No (___) **Número:** _____

I. Historial de Salud Mental

Tratamiento con Psicólogo: Si(____) No-niega (____) ¿Quién y dónde?

Última visita: _____ Diagnóstico _____

Tratamiento con Psiquiatra: Si(____) No-niega (____) ¿Quién y dónde? _____

Última visita: _____ Diagnóstico: _____

Medicamentos: Si(____) No-niega (____) ¿Cuál o cuáles? _____

Hospitalización por salud mental: Si (____) No-niega(____) ¿Cuántas? _____

¿Cuántas? _____ ¿Dónde? _____ ¿Por qué? _____

Ideas Suicidas: Si(____) No-niega(____) ¿Cuándo? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Por qué? _____

Intentos Suicidas: Si(____) No-niega(____) ¿Cuándo? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Por qué? _____

Ideas Suicidas al presente: Si (____) No-niega (____) _____

II. Uso de sustancias, alcohol y/o cigarrillos:

Sustancias controladas que usas o haz utilizado: _____

Ultimo uso: _____ Tratamiento por uso de sustancias: Si (____) No-niega (____)

III. Historial Legal:

Casos Legales anteriores: Si (____) No-niega (____) **Explica:** _____

Casos Legales al presente: Si (____) No-niega (____) **Explica:** _____



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



Observación y/o comentarios:

Plan de Acción (Si Aplica):

Nombre del padre, madre, tutor (a) legal	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	FECHA

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

******FAVOR NO COMPLETAR******

Nombre Consejero (a)	Firma Consejero (a)
# de Licencia	Hora y Fecha
