

La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

ANAMNESIS

Complete esta información previa a su consulta.

Si tiene evaluación o reporte de tratamiento previo que considere útiles, favor traer una copia.

Nombre del Niño(a): _____

Número de Identificación: _____ EPS _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Sexo: _F_ _M_

Cuidador: Padre ___ Madre ___ Nana ___ Ambos ___ Otros _____

Madre: _____ Cel: _____ Fijo: _____

Ocupación: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

Padre: _____ Cel: _____ Fijo: _____

Ocupación: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

Referido Por: _____

Tiene un Diagnóstico? Fecha ? _____

Informes o evaluaciones previas: _____

Fecha: _____ Informe de: _____

MOTIVO DE CONSULTA

En orden de importancia – describa cuales son las dificultades de su hijo(a) que más le interesa trabajar:

1. (mas importante) _____
2. _____
3. _____



La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

HISTORIA FAMILIAR

Hermanos (as)-Eddad: _____

Otros que conviven con el niño: _____

Algún miembro de la familia ha experimentado lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Desorden Comportamental |
| <input type="checkbox"/> problemas Emocionales | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Convulsión / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas Academicos : Lectura/
Escritura / Matematicas / | <input type="checkbox"/> Retrasos en el Desarrollo |

HISTORIA DEL DESARROLLO

PRENATAL ¿Sufrió de alguna de estas durante el embarazo?

	SI	NO		SI	NO
Sarampión	—	—	Rubéola/ Varicela	—	—
Anemia	—	—	Sangrado	—	—
Diabetes	—	—	Fiebre alta	—	—
Problema renal	—	—	Cigarrillos	—	—
Ingestión Alcohol	—	—	Presión Alta	—	—

Que medicamentos tomo durante el embarazo (incluyendo vitaminas / suplementos):

¿Alguna vez experimento una perdida (aborto)? Sí _____ No _____ ¿Cuándo? _____

PERINATAL

Termino del embarazo: _____ semanas - Peso al nacer: _____ Kg./grms

Parto: _____ Vaginal _____ Cesárea _____ Inducido Condición del bebe al nacer (APGAR) _____

POSTNATAL





La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

DESARROLLO MOTOR

Edad aproximada:

Sentó: ___ meses Gateo (Rodillas-Manos): ___ meses Camino: ___ meses

¿Alguna Dificultad? _____

En la actualidad como es su desarrollo **MOTOR GRUESO**

Trepa ___ Salta ___ Corre ___ Gatea ___ Columpia ___ Volatines ___ Equilibrio _____

Sube escaleras ___ Baja escaleras ___ Sube rampas ___ aja rampas _____

¿Alguna Dificultad? _____

En la actualidad como es su desarrollo **MOTOR FINO:**

Rasga ___ Amarra ___ Desamarra ___ Otros: _____

¿Alguna Dificultad? _____

Dominancia: Ambidextro ___ Indefinido ___ Diestro ___ Zurdo _____

Manipula objetos de casa para abrir y cerrar? _____ Cuales? _____

Manipula objetos como: Lego ___ Bloques ___ Tenedor ___ Cuchara ___ Palitos ___ I.Musicales _____

¿Alguna Dificultad? _____

INDEPENDENCIA Y AUTOCUIDADO:

Vestirse ___ Desvestirse ___ Con que prendas? _____

Hábitos de Aseo: Baño ___ Lavado de dientes ___ Peinado ___ Corte Uñas _____

Hay control de esfínteres? ___ Diurno ___ Nocturno ___ En entrenamiento? _____

Recoge juegos y pertenencias al terminar? _____

¿Alguna Dificultad? _____

DESARROLLO COMUNICATIVO

Pre-Verbal

Primeros Sonidos: _____ Balbuceos constante: _____ hasta cuándo? _____

Señala con el dedo? _____ Edad: _____ Situaciones: _____

Cambia de Expresiones Faciales: _____ En que situaciones? _____

Imita Expresiones Faciales: _____ En que situaciones? _____

Reconoce Expresiones Faciales: Alegría ___ Llanto ___ Regaño ___ Sorpresa _____

Hace juegos con personas? _____

Con que tipo de juguetes prefiere jugar? _____

Usa adecuadamente los juguetes? _____

Verbal

Primeras Palabras: _____ Combina Palabras: _____ Frases: _____

Alterna mirada y comunicación? _____

Nombra _____ Afirma (SI) _____ Niega (No) _____ Escoge _____

Comprende preguntas? Cuáles? _____

Hace gestos de uso social: Adiós ___ Hola ___ Otros: _____

Comprende bromas/sorpresas _____

Ejemplos de Lenguaje actual: _____





La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

DESARROLLO ALIMENTICIO

Hubo Lactancia? Sí ___ No ___ Hasta Cuándo? _____ Apoyos: Areola ___ Otros? _____

¿Uso de tetero: Sí ___ No ___ Hasta Cuándo? _____ Chupo: Si ___ No ___ ¿Hasta cuándo? _____

Chupo Dedo: Sí ___ No ___ ¿Hasta cuándo? _____ ¿Posición del dedo? _____

Otros objetos o hábitos orales: Si ___ No ___ objetos a boca ___ lamer ___ morder ___ bruxar _____

Chupar lengua _____ movimientos _____

¿Presento dificultades en la introducción de alimentos posteriores al tetero? Sí ___ No ___

Llevar a la boca ___ Mascado _____ Deglución _____ Otros: _____

¿Prueba nuevos alimentos? _____

Tocar algún tipo de textura con manos o alguna parte del cuerpo (pies, brazos, cara, orejas, tronco)

Usa: Tenedor ___ Cuchara ___ Palillos ___ Pitillos ___ Vaso ___ Otros _____

Preferencias Alimenticias: _____

Alimentos (texturas, sabores, olores, temperaturas) que rechaza: _____

HISTORIA DE DESARROLLO EMOCIONAL- SOCIAL- COMUNICATIVO

¿Muestra comportamientos que le preocupan? ¿Cuáles y Porque?

Estrategias para el manejo _____

Hobbies _____

Habilidad de escucha de instrucciones: 1 paso _____ 2 o mas _____

Narra lo sucedido: _____

Narra cuentos _____ Narra programas de TV _____

Hace preguntas / comentarios / solicitudes _____

Como es cuando esta con otros niños en situación social? _____



La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

ASPECTOS SENSORIALES

Comparta si el niño tiene alguna intolerancia o por el contrario busca sensaciones en alguno de estos sentidos:

Vista: _____

Olfato: _____

Gusto: _____

Tacto: _____

Audición: _____

Movimiento: _____

SALUD / MEDICINA

Marque si el niño ha sufrido alguno de estos problemas:

	Sí	No		Sí	No	Ha realizado evaluación
Visuales	__	__	Meningitis	__	__	Auditiva: Sí No
Anemia	__	__	Alergias	__	__	Audiometría
Vomito	__	__	Asma	__	__	Logaudiometría
Diarrea	__	__	Sinusitis	__	__	Impedanciometría
Convulsiones			Otitis			Potenciales Evocados
o "ausencias"	__	__	Audición	__	__	¿Operaciones?
Trauma Cabeza	__	__	Gripas Recurrentes	__	__	_____
Dificultad urinaria	__	__				_____

¿Estado de cornetes? ¿Adenoides? ¿Respiración? _____

¿Toma algún medicamento permanente? _____

¿Tiene una dieta o limitaciones alimenticias? _____

¿Alergias Alimenticias _____

¿Alergias Respiratorias? _____



La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

Otras: _____

EVALUACION MÉDICA – CONDICION DE SALUD

Examen Visual: _____ ¿Usa gafas?: _____

Otorrino: _____

Pediatra: _____

Neuropediatra: _____

Dental: _____

TERAPIAS PREVIAS O ACTUALES - Duración

Fonoaudiología: _____

Neuropsicología: _____

Fisioterapia: _____

T. Ocupacional: _____

Ed. Especial: _____

Otros: _____

HISTORIA EDUCATIVA

Preescolar: _____ Primaria: _____

Secundaria: _____

Colegio Actual: _____ Horarios: AM PM

Curso: _____

Contacto en el Colegio: _____

Asignaturas de su interés: _____

Asignaturas que se le dificultan: _____

Extra-curriculares _____

Otros: _____





La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial

CONDUCTA A SEGUIR

Evaluaciones: _____ Fechas de Evaluación: _____

Numero de sesiones: _____

Áreas de trabajo: _____

Remisiones: _____

Ingreso Base de Datos: Día ___ Mes ___ Año ___

