

HISTORIA CLINICA

N° _____

Fecha: _____

I DATOS GENERALES

1. Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres _____
2. Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Lugar de Nacimiento _____
3. Dirección: _____ Teléfono _____
4. Grado de Instrucción _____ Colegio _____
5. Lugar que ocupa entre los hermanos _____
6. Composición Familiar

Parentesco	Nombre Completo	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación	Salud
Padre					
Madre					
Hermano					
Hermano					

7. Correo Papá _____ Celular _____ DNI _____
8. Correo Mamá _____ Celular _____ DNI _____
9. Informante _____

II DEFINICION Y ANALISIS DE LA CONDUCTA

En general ¿Cómo es la conducta de su niño (a)? _____

1. ¿Hay alguna la dificultad que Ud. observa o que le preocupa más? _____
 2. ¿Cuándo, dónde y con quién manifiesta la conducta problemática? (describa la situación)

 3. ¿Por qué cree que se presenta esa conducta? _____
 4. ¿Cómo ha manejado esta situación? _____
- Observaciones: Diagnóstico previo _____

III. HISTORIA EVOLUTIVA

PRE NATAL

1. Número de embarazo de su hijo _____ Tiempo que duró _____
2. Enfermedades y/o accidentes durante el embarazo (Subraye): manchas o hemorragias, amenaza de aborto, excesivo peso, presión alta, sarampión, varicela, paperas, operaciones, problemas de placenta, diabetes. Vómitos muy continuos, náuseas y desmayos o convulsiones. Otros _____
3. El niño fue planificado (si) (no) _____ Ambos deseaban tener al bebé (si) (no) _____
4. Fue el sexo deseado (si) (no) _____ Ha tenido abortos (si) (no) _____
5. La madre estuvo acompañada por su pareja durante el embarazo (si) (no) _____
6. Tuvo fuertes impresiones durante el embarazo / preocupaciones permanentes que influyeron en su estado de ánimo (si) (no) _____

PERI NATAL

1. Parto (subrayar): Normal, Cesárea, Césarea (planificada), Emergencia. _____
2. Anestesia: (no) (si) Local. General. Motivo _____
3. Presentación del recién nacido: cabeza- nalga – transversal – de pie – cordón umbilical en el cuello.
4. Edad de los padres al momento de nacer el niño (M) _____ (P) _____

POST NATAL O NEONATAL

1. Lloró enseguida de nacer (si) (no) _____ Necesitaron reanimarlo - oxígeno (si) (no) _____
2. Necesito incubadora (si) (no) Cuánto tiempo _____ Tuvo ictericia (si) (no) _____
3. Complicaciones y/o dificultades _____
4. Peso al nacer _____ Medida al nacer _____

IV HISTORIA MEDICA

1. Peso actual _____ Medida actual _____
2. Estado de salud actual de su hijo (a) _____ Alergias (si) (no) _____
3. Enfermedades/accidentes desde su nacimiento hasta ahora: (Subraye) Meningitis, Encefalitis, Convulsiones Otitis, Ictericia, Fiebres altas, Amigdalitis. Golpes en la cabeza/pérdida de conocimiento. Hospitalizaciones _____
4. Otras: _____
Enfermedades propias de la edad: Varicela, rubéola, sarampión, paperas. Otras _____
5. Ha tenido exámenes neurológicos (si) (no) Resultados _____
6. Qué medicamentos ha tomado _____
7. Respira por la boca (si) (no) _____ Audición normal (si) (no) _____ Visión normal (si) (no) _____

V HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR (Indique los meses)

1. Levantó la cabeza _____ Se sentó solo (sin ayuda) _____
Gateó (sino lo hizo por qué) _____ Se paró solo (sin ayuda) _____
Dio sus primeros pasos _____ Camino sin apoyo _____
2. Observó alguna dificultad cuando su hijo: se sentaba – se paraba – caminaba _____
3. Considera que su hijo era o es demasiado inquieto para su edad (si) (no) o demasiado tranquilo (si) (no) _____
4. Mano que prefiere usar su hijo: Derecha - Izquierda _____

VI HISTORIA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

1. Balbuceó (a que edad) _____ Primeras palabras _____ Cuáles _____
2. Frases de dos palabras (si) (no) _____ Oraciones de tres a más palabras (si) (no) _____
3. Se hace entender (subraye): Por gestos. Gritos. Señala. Balbucea. Lleva de la mano. Habla. _____
4. Presenta dificultad para pronunciar las palabras (si) (no) _____
5. En qué situaciones aparecen las dificultades _____
6. Reacción de los padres: reían – corregían – no le daba importancia _____
7. Sólo le entiende la familia cuando hable (si) (no) _____ Entiende su hijo todo lo que se le dice (si) (no) _____
8. Mantiene diálogo (si) (no) _____ Relata experiencias (si) (no) _____ Sigue indicaciones (si) (no) _____
9. Ha recibido terapia de lenguaje (si) (no) Dónde _____ Cuánto tiempo _____

VII FORMACIÓN DE HABITOS

1. Tuvo lactancia (hasta que edad) materna _____ artificial _____
2. Tuvo buena succión (si) (no) Mastica (si) (no) Inicio de los alimentos sólidos a la edad de _____
3. Usa biberón (si) (no) Hasta cuándo _____ Usa chupón (si) (no) _____ Succiona dedo (si) (no) _____
4. Come sin ayuda (si) (no) Tiene alguna dificultad _____
5. Usa cubiertos para comer (si) (no) ¿Cuáles? _____
6. Cómo es su apetito _____

HIGIENE

1. Edad del control de la orina. Diurna _____ Nocturna _____
2. Edad del control de heces. _____
3. Quién llevó a cabo el control de esfínteres _____
4. Cuándo le retiraron el pañal _____ Controla la orina y las heces (si) (no) _____
5. Se orina en la cama (si) (no) _____ Va al baño (subraye): sólo / acompañado _____
6. Se baña con ayuda (si) (no) _____

SUEÑO

1. Hora que se acuesta _____ hora que se levanta _____
2. Duerme toda la noche (si) (no) _____ Comparte el cuarto (si) (no) _____
3. Se pasa a la cama de los padres (si) (no) Con qué frecuencia _____
4. Cuándo duerme: habla – grita – transpira – babea – cruje los dientes – camina – tiene la boca abierta. _____

INDEPENDENCIA PERSONAL

1. Persona que cuida a su hijo _____ Cuánto tiempo (diario) _____
2. Carácter de la persona que lo cuida _____
3. Ayuda en casa (si) (no) _____ Ordena sus juguetes (si) (no) _____ Otros _____
4. Tiene un horario para sus actividades diarias (alimentación, académicas, aseo, recreativas) (si) (no) _____
Respeto su horario (si) (no) _____

VESTIDO

1. Se viste sin ayuda (si) (no) Desde cuándo _____
2. Prendas que se saca solo _____ se pone solo _____
3. Sabe: abotonarse, desabotonarse, subir y bajar el cierre, amarrarse los pasadores de los zapatos.

VIII JUEGOS

1. Juega solo (si) (no) Juegos/juguetes que prefiere _____
2. En el juego (subraye) dirige a los niños o es más bien dirigido por ellos.
3. Programa de televisión que prefiere _____
Tiempo ve televisión diariamente _____ Lo acompañan a ver Tv _____
4. ¿Cuáles son las distracciones principales de su hijo? _____

IX PSICOSEXUALIDAD

1. Sabe que es niña o niño (si) (no) Hace preguntas sobre sexo y procreación _____
2. Informó Ud. a su hijo de cómo nacen los niños (si) (no) ¿A qué edad? _____
3. Presenta conductas como tocarse o sobarse los genitales (si) (no) Frecuencia que lo realiza _____
Cómo lo han manejado _____

X HISTORIA ESCOLAR

1. A qué edad asistió su hijo al nido / colegio _____ Demostró agrado en asistir (si) (no)
2. Tenía o tiene dificultades con el maestro, compañero, otros _____
3. Faltaba su hijo al nido / colegio (si) (no) frecuencia _____
4. Motivo si lo ha cambiado de nido / colegio _____
5. Con quién hace las tareas en casa _____ Cuánto tiempo _____

XI ACTITUDES DE LOS PADRES CON RELACION AL HIJO

1. Persona que ejerce la disciplina en casa _____ Utiliza castigos (si) (no) _____
Cómo le llaman la atención _____
2. Actividades que hacen en familia para que el niño se distraiga _____
3. Relación de los padres con su hijo: Afectuosa / Distante / Sobreprotectora / Exigente _____

XII OPINIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL HIJO

1. Cómo se comporta su hijo con Uds. (padres) _____
2. Con sus hermanos _____ Con otros familiares _____

XIII. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. En la familia hay o hubo algún caso de persona con: enfermedades psiquiátricas – epilepsia – convulsiones – retardo mental – dificultades de aprendizaje – problemas de habla – otros _____
2. Cómo es el carácter de Uds. (padre – madre) Cada uno describa al otro.
3. Cómo llevan su relación de pareja Uds.: (subraye) riñen con frecuencia o se llevan bien.
4. Su hijo presencia riñas (si) (no) _____
5. Estado civil de los padres _____ Tiempo de matrimonio _____

6. Son parientes (si) (no) Vive el niño con Uds. (si) (no)
 7. Si hay ausencia de alguno de los padres, indicar el motivo, por cuánto tiempo y qué edad tenía el niño en ese momento. _____
- Como se enteró de Ser Centro Psicológico _____