



## Instituto Educacional Juan XXIII

### Ficha Acumulativa (ANAMNESIS)

Fecha de Nacimiento

#### DATOS DEL NIÑO O DE LA NIÑA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Procedencia: Hogar: \_\_\_\_\_ Del mismo plantel: \_\_\_\_\_ Otro Plantel: \_\_\_\_\_

Talla: Camisa: \_\_\_\_\_ Pantalón: \_\_\_\_\_ Zapato: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Tienes hermanos?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Lugar entre los hermanos: \_\_\_\_\_

Otros datos importantes: \_\_\_\_\_

Convive con: \_\_\_\_\_

#### **DATOS FAMILIARES**

---

##### **MADRE:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

C. I: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_

V \_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: V \_\_\_ E \_\_\_ Fecha Nacimiento:

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: Habitación: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

##### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Miopía \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultada para leer \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultad para escribir \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultad en el lenguaje \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tartamudez \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Frenillo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Irregularidad en el paladar \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Irregularidad al correr, caminar \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Hipertensión \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Cardiovasculares \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Estupefacientes \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Epilepsia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Sida \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Alcoholismo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Psicológicas, emocionales \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**PADRE:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

C. I: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_

V \_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: V \_\_\_ E \_\_\_ Fecha Nacimiento:

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: Habitación: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Miopía \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultada para leer \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultad para escribir \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dificultad en el lenguaje \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tartamudez \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Frenillo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Irregularidad en el paladar \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Irregularidad al correr, caminar \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Hipertensión \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Cardiovasculares \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Estupefacientes \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Sida \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Alcoholismo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Psicológicas, emocionales \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## **ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DEL NIÑO O DE LA NIÑA**

### **ANTECEDENTES PRENATALES**

Al momento de la gestación: Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años. Edad del Padre: \_\_\_\_\_ años.

¿Hijo deseado? \_\_\_\_\_ ¿Gestación controlada? \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_ N° de gestación \_\_\_\_\_ Salud durante el embarazo \_\_\_\_\_

Entorno emocional de la madre: \_\_\_\_\_ (Accidentes personales, automovilísticos, intervención quirúrgica, pérdidas familiares, mascotas, situación crítica de la pareja, familiar, trabajo, otros): \_\_\_\_\_

Tipos de medicamentos ingeridos durante la gestación: \_\_\_\_\_

Situación de la madre durante la gestación: Trabaja: Si \_\_\_ No \_\_\_

Conductas: Ansiosa: Si \_\_\_ No \_\_\_ Stress: Si \_\_\_ No \_\_\_ Angustias: Si \_\_\_ No \_\_\_ Depresiones: Si \_\_\_ No \_\_\_

### **NACIMIENTO**

¿Lloro al nacer? Si \_\_\_ No \_\_\_

Su nacimiento fue en:

Posición podalica \_\_\_\_\_ Posición cefálica \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES POSTNATALES**

**Datos desarrollo Evolutivo:** Describa como era el bebe (hasta los 18 meses).

Lactancia Materna: Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo sostuvo la cabeza erguida? \_\_\_\_\_

¿Cuándo consiguió estar sentado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a pararse? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a caminar? \_\_\_\_\_

Subió escaleras: Con apoyo \_\_\_\_\_ Sin apoyo: \_\_\_\_\_

Hasta los 18 meses el bebe era: Tranquilo (a) \_\_\_\_\_ Comía Bien \_\_\_\_\_ Dormía Bien \_\_\_\_\_

Alegra: \_\_\_\_\_ Nervioso (a) \_\_\_\_\_ Dormía mucho: \_\_\_\_\_ Lloraba con frecuencia: \_\_\_\_\_

Muy dependiente de los padres: \_\_\_\_\_ Enfermizo \_\_\_\_\_

¿Hubo algún aspecto del desarrollo temprano (durante los primeros 18 meses) de su hijo (a) que le llamara la atención por algún motivo?

\_\_\_\_\_

**Desarrollo Físico:**

Color de piel: \_\_\_\_\_ Ojos: \_\_\_\_\_ Cabello: \_\_\_\_\_ Apariencia \_\_\_\_\_ Limitación física: \_\_\_\_\_  
 ¿Es alérgico (a) a qué?: \_\_\_\_\_

**¿Qué enfermedad tuvo los primeros años de su vida?**

Meningitis: \_\_\_\_\_ Sarampión: \_\_\_\_\_ Parálisis infantil \_\_\_\_\_

Otitis: \_\_\_\_\_ Parotiditis: \_\_\_\_\_ Supuración de oídos: \_\_\_\_\_

Amigdalitis: \_\_\_\_\_ Rinitis: \_\_\_\_\_ Fiebre alta: \_\_\_\_\_ Durante cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_ Durante cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ Cuadros virales: Vómitos: \_\_\_\_\_

Diarreas: \_\_\_\_\_ Dengue: \_\_\_\_\_ Neumonía: \_\_\_\_\_ Bronquitis: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Tos ferina: \_\_\_\_\_  
 Mononucleosis: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

Control de Esfínteres: A que edad: \_\_\_\_\_ Diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_ ¿Ha estado el niño (a)  
 hospitalizado alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

En caso de fiebre alta ¿Qué medicamento le administran?  
 \_\_\_\_\_

¿Cuántas vacunas ha recibido?: BCG: \_\_\_\_\_ Triple: \_\_\_\_\_ Polio: \_\_\_\_\_

Antitetánica: \_\_\_\_\_ Trivalente viral: \_\_\_\_\_ Antivariólica: \_\_\_\_\_

Sarampión: \_\_\_\_\_ Parotiditis: \_\_\_\_\_ Rubeola: \_\_\_\_\_ Hepatitis: \_\_\_\_\_ Covid-19 \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

**HABITOS:****ALIMENTACION:**

Apetente: \_\_\_\_\_ Inapetente: \_\_\_\_\_

Alimentos que le agrada: \_\_\_\_\_

Alimentos que no le agrada: \_\_\_\_\_

**HIGIENE:**

Se cepilla sus dientes: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ al alimentarse utiliza correctamente la servilleta: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Posee posición correcta al sentarse cuando come: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se lava las manos después de comer:  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**SUEÑO:**

¿A que hora duerme?: Por las noches: \_\_\_\_\_ Durante el día: \_\_\_\_\_

**JUEGO:**

¿Qué juegos son los que mas le gustan?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto (peluche, coche, muñeco, etc.) preferido? \_\_\_\_\_

**Desarrollo Emocional:**

¿Demanda atención delos adultos?: Poca \_\_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_

¿Provee al niño de todo lo que desea? \_\_\_\_\_

Chupa dedo (de día, de noche) \_\_\_\_\_

### **Desarrollo Cognitivo:**

Considera que le niño manifiesta:

Memoria lenta \_\_\_\_ Algo lenta \_\_\_\_ Rápida \_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_

Atención lenta \_\_\_\_ Rápida \_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_

¿Se le facilita ubicar objetos en el espacio geográfico del hogar? \_\_\_\_

¿Comprende con facilidad órdenes expresadas por el adulto? \_\_\_\_

### **Desarrollo Motor:**

¿Es ágil, caminando, saltando, corriendo? \_\_\_\_ ¿Mantiene bien el equilibrio cuando salta, sobre un pie, etc.? \_\_\_\_\_ ¿Tiene destreza en las manos cuando maneja objetos? \_\_\_\_

¿Valora el peligro cuando se mueve, salta, trepa, etc.? \_\_\_\_\_

### **Desarrollo del lenguaje:**

¿A que edad pronuncio sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿El lenguaje es claro? \_\_\_\_ ¿Confunde fonemas con otros ejem: D por L, C, P entre otros? \_\_\_\_ Se le dificulta articular palabras con sonidos triples ejem: bla, ena, gra \_\_\_\_ ¿Mantiene secuencia y coherencia al narrar sucesos? \_\_\_\_\_

Comprende órdenes y responde positivamente \_\_\_\_\_

¿Hace preguntas? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado dificultades de lenguaje? \_\_\_\_\_

Terapia con especialistas: \_\_\_\_\_

### **Otros datos de interés**

#### **Aspectos Educativos Familiares:**

¿Cuál de ambos padres tiene mas influencia sobre el/ella? \_\_\_\_\_

¿Qué comportamiento de su hijo (a) les resultan mas difíciles de manejar?  
\_\_\_\_\_

¿Qué hacen cuando las presenta? \_\_\_\_\_

¿Qué comportamientos/conductas de su hijo (a) les resultan mas agradables?  
\_\_\_\_\_

¿Qué hacen cuando las presenta? \_\_\_\_\_

#### **Manifiesta con cierta frecuencia algunas de las conductas que se citan a continuación:**

Hacerse daño: arañarse, morderse, golpearse, Halarse el cabello: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Golpea, arremete o insulta a otros niños o niñas: puñetazos, patadas. Arañazos: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Reacciona cuando otros le pegan: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Rompe, destruye objetos y juguetes: golpearlos, pisotearlos: Si \_\_\_ No \_\_\_

Llora con extraordinaria facilidad: Si \_\_\_ No \_\_\_

Se resiste a abandonar el tetero para tomar líquidos: Si \_\_\_ No \_\_\_

Se niega a dormir solo (a): Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene algunos miedos exagerados (oscuridad, animales, fantasmas): Si \_\_\_ No \_\_\_

Le cuesta adaptarse a las personas nuevas: Si \_\_\_ No \_\_\_

Esta triste con frecuencia: Si \_\_\_ No \_\_\_

Con frecuencia llora para conseguir lo que quiere: Si \_\_\_ No \_\_\_

Se niega frecuentemente a hacer las cosas: Si \_\_\_ No \_\_\_

Es tremendamente movido, esta continuamente cambiando de actividad: Si \_\_\_ No \_\_\_

Pasa mucho tiempo viendo TV o juegos de video: Si \_\_\_ No \_\_\_

**Ha asistido alguna vez a consulta:**

Psicólogos	
Psicopedagogos	
Neurólogos	
Terapias del lenguaje	
Otros	

***Indique el motivo de consulta con el especialista***

---

---

---

---

---

---

¿Cómo describiría a su hijo (a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué aspecto de su hijo, desearía fuera distinto, diferente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente deja expresa constancia de la veracidad de los datos asentados en esta planilla

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Docente

\_\_\_\_\_  
Directivo

Observaciones:

---

---