



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 _____

Dificultad 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 _____
Estupeficientes _____ 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 _____

Estupeficientes _____ 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:
