

## ANAMNESIS - ADMISIÓN

A continuación le solicitamos una serie de datos que serán de gran utilidad para conocer mejor a su hijo. **De la veracidad de los datos suministrados por Usted dependerá el mejor desenvolvimiento de su representado dentro de la Institución.**

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

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

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

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad (niños mayores de 9 años): \_\_\_\_\_

### II. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Padres divorciados Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Madre casada nuevamente Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Padre casado nuevamente Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? Ambos padres \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

	Nombre	Edad	Nivel de Estudio	Profesión	Nacionalidad
Padre					
Madre					
Padrastra					
Madrastra					
Otro					

## HERMANOS

Nombre	Edad	Nivel de Estudio	Lugar de Estudio

## OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (INCLUYA EL PERSONAL DE SERVICIO)

Nombre	Parentesco	Edad	Nivel de Estudio	Lugar de Estudio

## CONSIDERA QUE LAS RELACIONES FAMILIARES SON:

	Frecuentes	Poco frecuentes	Satisfactorias	Poco satisfactorias
Padre - Hijo				
Madre - Hijo				
Niño(a) - Hermano(a)				
Padre - Madre				

## ¿CUÁNTAS HORAS COMPARTES CON SU HIJO DIARIAMENTE?

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

## III. ANTECEDENTES PRENATALES

### EMBARAZO

Planificado Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad durante el embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Describa (en caso de enfermedad) \_\_\_\_\_

Edad de la madre al momento del embarazo \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

A término \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_

Normal \_\_\_\_\_ Inducido \_\_\_\_\_

Tiempo de trabajo de parto \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

### PRESENTACIÓN DEL NIÑO

Normal \_\_\_\_\_ Nalgas \_\_\_\_\_

Transverso \_\_\_\_\_ De pie \_\_\_\_\_

Circular de cordón \_\_\_\_\_

## IV. CARACTERÍSTICAS AL NACER

### PESO Y TALLA

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

Pecho \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Fórmula \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

## V. DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL LENGUAJE

INDIQUE LA EDAD EN LA CUAL REALIZÓ LAS SIGUIENTES DESTREZAS

Fijar la cabeza	_____	Sentarse	_____
Caminar apoyado	_____	Caminar solo	_____
Controlar esfínteres (diurno)	_____	Controlar esfínteres (nocturno)	_____

### DIFICULTADES MOTORAS

¿Tuvo alguna dificultad motora?	_____	¿En qué miembros?	_____
¿Necesitó tratamiento especial?	_____	¿Cuánto tiempo?	_____

### DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿A qué edad estructuró frases completas \_\_\_\_\_

## VI. ASPECTOS DE SALUD

### ENFERMEDADES PADECIDAS

Otitis	_____	Lechía	_____	Rubeola	_____
Asma	_____	Parotiditis	_____	Paperas	_____
Tosferina	_____	Sarampión	_____	Hepatitis	_____

Otra (especifique) \_\_\_\_\_

¿Qué la produce? \_\_\_\_\_

¿Tiene tratamiento médico fijo? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamento toma? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente? Explique \_\_\_\_\_

¿Ha sido operado alguna vez? Explique \_\_\_\_\_

¿Utiliza botas o aparatos ortopédicos? \_\_\_\_\_

## VII. RUTINA

### HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿Cómo define su apetito?

Muy apetente \_\_\_\_\_      Apetente \_\_\_\_\_      Inapetente \_\_\_\_\_

¿En qué lugar de la casa ingiere cada comida?

Desayuno \_\_\_\_\_      Almuerzo \_\_\_\_\_

Merienda \_\_\_\_\_      Cena \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo invierte comiendo? \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE DESCANSO

¿Cómo duerme?

Tranquilo \_\_\_\_\_      Intranquilo \_\_\_\_\_      Pesadillas \_\_\_\_\_

Castañea los dientes \_\_\_\_\_      Arruga las sábanas \_\_\_\_\_      Otros \_\_\_\_\_

Duerme acompañado \_\_\_\_\_      ¿Por quién? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_      ¿Duerme siesta? \_\_\_\_\_

## VIII. ACTIVIDADES RECREATIVAS

Horario de juego \_\_\_\_\_

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

¿Con quién juega? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades recreativas comparte con sus padres? \_\_\_\_\_

¿Hace algún deporte o actividad dirigida? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Dónde realiza la actividad dirigida? \_\_\_\_\_

## IX. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

	SI	NO	A VECES
¿Suele mostrarse seguro ante situaciones nuevas?	_____	_____	_____
¿Se integra con facilidad a grupos de niños?	_____	_____	_____
¿Se relaciona fácilmente con adultos?	_____	_____	_____
¿Expresa espontáneamente sus sentimientos?	_____	_____	_____
¿Solicita ayuda cuando la necesita?	_____	_____	_____
¿Acepta sugerencias de otros niños o adultos?	_____	_____	_____
¿Cómo reacciona cuando está triste?	_____		
¿Cómo reacciona cuando está bravo?	_____		

## X. ESCOLARIDAD PREVIA

¿A qué edad inició su escolaridad? \_\_\_\_\_

¿En qué colegio? \_\_\_\_\_

¿Presentó alguna dificultad especial dentro del colegio? (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Ha presentado rechazo para ir al colegio? \_\_\_\_\_

¿Se ha requerido la participación de algún profesional (psicólogo y/o psiquiatra) para orientarlos en la solución de problemas con el niño, relacionados o no con su escolaridad? Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## XI. OTROS HÁBITOS

Chupa chupón	_____	_____
Toma tetero	_____	_____
Se come las uñas	_____	_____
Chupa dedos	_____	_____
Usa pañales	_____	_____
Utiliza trapito o juguete para dormir	_____	_____
Se muerde los labios	_____	_____
Muestra tics nerviosos (Especifique)	_____	_____
¿Qué mano utiliza preferiblemente?	_____	
¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar?	_____	

## INFORMACIÓN DE QUIEN PROPORCIONA LOS DATOS

Nombre y apellido	_____
Fecha	_____
Firma	_____