



HISTORIA CLÍNICA - NIÑOS

Fecha _____

Forma llenada por (marque uno) Padre(s) Tutor

Nombre del niño _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____	Teléfono _____
Ciudad _____	Teléfono Of. _____
Estado _____ C.P. _____	Tel. celular _____
País _____	Email _____
Dirección para recibir correspondencia (si es diferente a la anterior) _____	
El niño vive con (marque uno) <input type="radio"/> Papá(s) <input type="radio"/> Tutores <input type="radio"/> Otro _____	

Nombre del papá: _____	Mano dominante: _____
Nombre de la mamá: _____	Mano dominante: _____

I. Información Familiar Miembro de la familiar ó quien lo cuide ó viva en casa	Edad	Miembro de la familiar ó quien lo cuide ó viva en casa	Edad
Nombre _____	___	Nombre _____	___
Nombre _____	___	Nombre _____	___
Nombre _____	___	Nombre _____	___
Nombre _____	___	Nombre _____	___

2. Desarrollo

Peso al nacer ___ K. ___ grs. ¿Embarazo a término? si ___ no ___.

En caso de que no, duración _____

Ictericia (color amarillo en la piel al nacer): si ___ no ___.

¿Trasfusión de sangre al nacer? Si ___ NO ___

¿Lengua materna? _____

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? (problemas de salud de la madre, accidentes, stress, reposo, medicamentos, cualquier otra complicación)? Si No

Si, describa

¿Hubo complicaciones durante el parto? (sufrimiento fetal, posición anormal, cesárea, uso de forceps, cualquier otra complicación)? Si No

Si, describa

¿Fue alimentado con leche materna? Si No Si, hasta que edad? _____

Describe el nivel de actividad del niño durante sus primeros años:

Inusualmente bajo Normal Inusualmente alto Irregular

Describe

Describe los patrones de sueño del niño en sus primeros años.

¿Tuvo el niño cólicos? Si No Si, ¿por cuanto tiempo? _____

¿Cómo describe el desarrollo del habla y el lenguaje del niño? (Típico, Lento, Avanzado)

Describe:

¿Al niño le gustaba ser mecido, tocado, abrazado, etc.?

Describe

¿El niño toleraba el baño? Si no, describa cuál era su reacción:

¿A qué edad el niño logró lo siguiente?

Arrastrarse	Años/Meses ____	Decir su primer palabra	Años/Meses ____
Gatear	Años/Meses ____	Decir dos palabras juntas	Años/Meses ____
Caminar	Años/Meses ____	Decir frases de 3-4 palabras	Años/Meses ____
Ir al baño	Años/Meses ____	Decir oraciones	Años/Meses ____
Balbupear	Años/Meses ____	Conversar	Años/Meses ____

3. Historia Médica

Pediatra _____

Teléfono Of. _____

Dirección

Describe la salud general del niño.

Esquema de vacunación: completo: si ____ no ____

Estudios médicos, neurológicos, visuales, auditivos, terapéuticos, psicológicos, o educativos:

Fecha

Médico/Examinador

Diagnóstico

Recomendaciones

¿Ha tenido el niño algún golpe o accidente serio? Si No

Si, describa con fechas

¿Ha tenido el niño alguna cirugía? Si No

Si, describa con fechas

Alguna vez ha tenido convulsiones (s)? Si No

Fecha del más reciente ataque: _____

Frecuencia de los ataques _____ Duración: _____

Describe el tipo de ataques _____

Medicamento para los ataques que esta tomando actualmente: _____

Medicamentos anteriores: _____

Hay algún otro medicamento que tome actualmente el niño? Si No

Si, ¿cuáles?

¿Ha recibido antibióticos inyectados Sí, ¿Cuáles? _____

¿Ha estado hospitalizado? Si, motivo _____

¿Dolores de cabeza? _____ ¿Mareos? _____

Hay algún problema médico que limite su actividad? Si No

Si, describa

¿Tiene alguna alergia? (diferente a alimentos) Si No

Si, describa

¿Tiene antecedentes de gripas o congestiones nasales, sinusitis? Si No

Si, describa

¿Tiene antecedentes de infecciones de oídos? Si No

Si, ¿Cuál oído ha sido afectado? Derecho Izquierdo Ambos

¿Cuántas veces? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Tubos de ventilación en el oído? Si/no Oído _____

¿Dolor de oído(s) Si/No Oído _____

¿Tiene acúfeno (tinnitus), ruido en el oído? Si No

Si, ¿Cuál oído ha sido afectado? Derecho Izquierdo Ambos

Es el acúfeno Continuo Intermitente

¿Tiene pérdida auditiva? Si No

Si, ¿Cuál oído ha sido afectado? Derecho Izquierdo Ambos

Describe el grado de pérdida auditiva

Ha participado en alguno de los siguientes programas, ¿Con qué resultado?.

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> AIT "Berard" | <input type="radio"/> Tomatis | <input type="radio"/> DLS |
| <input type="radio"/> Samonas | <input type="radio"/> Disc Ease | <input type="radio"/> Fast Forward |
| <input type="radio"/> Earobics | <input type="radio"/> BrainBuilder | <input type="radio"/> Metrónomo Interactivo |

Resultados

Le han diagnosticado alguna vez: (marque por favor):

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Miopía | <input type="radio"/> Hipermetropía | <input type="radio"/> Astigmatismo | <input type="radio"/> Ambliopia |
| <input type="radio"/> Estrabismo | <input type="radio"/> Problemas maculares | <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Cataratas |
| <input type="radio"/> Nistagmus | <input type="radio"/> Ceguera | <input type="radio"/> Ceguera cortical | <input type="radio"/> Otro _____ |

¿Usa lentes convencionales o de contacto? Si No ¿Desde cuándo? _____

Si, ¿Cuál es la indicación? _____

¿Alguna vez ha recibido terapia visual? Si No

Comentarios

¿Recibe actualmente atención de:?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Neurólogo | <input type="radio"/> Nutriólogo | <input type="radio"/> Terapeuta Visual |
| <input type="radio"/> Psiquiatra | <input type="radio"/> Quiropráctico | <input type="radio"/> Terapeuta de Artes |
| <input type="radio"/> Psicólogo | <input type="radio"/> Orientador | <input type="radio"/> Musico-Terapeuta |
| <input type="radio"/> Ortopedista | <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional | <input type="radio"/> AIT, Tomatis, DLS |
| <input type="radio"/> Cardiología | <input type="radio"/> Terapeuta Físico | <input type="radio"/> Consejero |
| <input type="radio"/> Osteópata | <input type="radio"/> Terapeuta de Lenguaje | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Medicina Alternativa | <input type="radio"/> Terapeuta de Neuro-feedback | |

Si lo ve semanalmente, ¿cuántas sesiones por semana? _____

¿Algún otro problema de salud no mencionado anteriormente? Si No

Si, Describa

5. Historia Alimenticia

¿Qué tan seguido come lo siguiente? (marque uno para cada alimento)

	En exceso	A diario	A la Semana	Rara vez	Nunca
Vegetales					
Frutas					
Granos(frijol,lenteja,maíz)					
Productos lácteos					
Carnes rojas					
Pollo, pavo					
Pescado					
Fibra (cereales enteros)					
Azucar					
Endulzantes Artificiales					
Colorantes Artificiales					
Harina Blanca					
Cafeína					

Describe, en detalle, la dieta actual del niño:

Describe el apetito del niño.

¿Deseo exagerado de algún alimento? o Si o No Si, ¿Cuál? _____

¿Come entre comidas? o Si o No Si, Describe _____

¿Come de más? o Si o No Si, ¿Con que frecuencia? _____

¿Come poco? o Si o No Si, Describe _____

Liste cualquier suplemento alimenticio o vitaminas que el niño toma regularmente:

6. Comportamiento

Le preocupa o le ha preocupado alguna vez cualquiera de los siguientes aspectos?

Nivel de energía	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus padres	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Atención	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus hermanos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Distractibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus maestros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Nivel de actividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus compañeros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Ansiedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Contacto físico / Afecto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Impulsividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad al sonido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Auto motivación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad al tacto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Rigidez	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad a los olores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Carácter	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Fobias (miedos o temores)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Se chupa el dedo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Reacciones emocionales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Amistades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Tolerancia al dolor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Madurez social	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Flexibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Perseverancia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Cooperación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Tolerancia a la frustración	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Obediencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Estados de ánimo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Organización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Destructor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Independencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Agresividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Mala memoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Comportamiento evasivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido de Derecho/Izquierdo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Seguir Instrucciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido del espacio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Concentración al realizar una actividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido del tiempo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Manejo adecuado de los cambios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

Comentarios

¿Cómo describiría el comportamiento del niño?

Fortalezas de su comportamiento

Debilidades de su comportamiento

¿Ha sido identificado específicamente algún trastorno emocional o del comportamiento? Si No

Si, Describa

¿Hay antecedentes en la familia de trastornos emocionales o del comportamiento? Si No

Si, Describa

7. Estado Físico/Motricidad (Marque las áreas de preocupación)

<input type="radio"/> Tono muscular flácido	<input type="radio"/> Manera de caminar	<input type="radio"/> Equilibrio
<input type="radio"/> Tono muscular rígido	<input type="radio"/> Manera de correr	<input type="radio"/> Motricidad gruesa
<input type="radio"/> Coordinación	<input type="radio"/> Movimiento atetoide	<input type="radio"/> Motricidad fina
<input type="radio"/> Habilidad para arrastrarse	<input type="radio"/> Atáxico	<input type="radio"/> Resistencia
<input type="radio"/> Manera de gatear	<input type="radio"/> Débil	

8. Mano dominante

Escribe	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Se lava los dientes	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Come	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Se peina	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Lanza	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Hace ademanes	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Corta con tijeras	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda		

9. Habla, Lenguaje y Lectura (marque las áreas de preocupación)

Articulación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Conciencia Fonológica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Fluidez	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Decodificación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Encuentra las palabras adecuadas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Lectura en voz alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Lenguaje expresivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Se cansa cuando lee	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Lenguaje receptivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Comprensión del lenguaje escrito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Reconocimiento de las letras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

Describe la voz del niño. (monótona, entrecortada, no modulada, expresiva)

10. Escritura (*Marque las áreas de preocupación*)

Manera de tomar el lápiz	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Confusión del sentido de la escritura (izq-der / arriba-abajo)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Legibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Escribe en reversa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Copiar de cerca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Discrepancia entre el lenguaje escrito y el lenguaje hablado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Copiar de lejos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

11. Matemáticas (*Marque las áreas de preocupación*)

Tablas de multiplicar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Solución de problemas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Conceptos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Reconocimiento de números	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Cálculos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sabe Contar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se

12. Cognición (*Marque las áreas de preocupación*)

Memoria a corto plazo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Solución de Problemas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Memoria a largo plazo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Conceptualización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Secuenciación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Visualización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Organización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Razonamiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se

13. Educación

Nombre del Colegio al que asiste actualmente

Dirección _____ Horario del niño(a)

Psicóloga o Psicopedagoga que esté dando seguimiento al caso del niño(a) en el Colegio:

¿Está en Programa de Educación Especial? (*¿de qué tipo?*)

Liste los colegios/programas a los que ha asistido, cuántos años y grados terminados:

Liste cualquier problema académico: (*Pasada o actual*)

Liste cualquier etiqueta, clasificación o diagnóstico que ha recibido en la escuela: (*Pasada o actual*)

14. Estilo de vida actual

Describa el nivel de actividad actual:

Inusualmente bajo Normal Inusualmente alto Irregular

¿El niño participa en alguna actividad física? Si No

Tipos y duración de las actividades:

¿Toca algún instrumento? Si No

¿Cuál?

¿Toca él solo o le gusta estar acompañado cuando toca?

¿Cuáles son las actividades que más disfruta?

¿Cuánto tiempo se ve televisión en casa?

¿Hay alguna actividad que el niño se niegue a hacer?

¿Cuáles son las responsabilidades del niño dentro de la casa?

