



FICHA DE ANAMNESIS

I.- Identificación del niño(a)

Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Edad al 31 de marzo 2021	
Nombre del padre	
Edad del padre	
Nombre de la madre	
Edad de la madre	

II.- Antecedes del Embarazo.

Semanas de Gestación

Antecedentes relevantes del Embarazo y parto:

.....

.....

.....

III. Antecedentes del desarrollo

Peso Actual Estatura

a) Desarrollo Psicomotor. (Marcar con una X)

<p>* Presenta déficit de lenguaje (claridad en la emisión, pronunciación u otro)</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>¿Asiste o ha asistido a Escuela de Lenguaje?</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI		NO		SI	NO	<p>*Sueño normal (sin interrupciones)</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>¿Presenta terrores nocturnos, sobresalto, insomnio?.....</p> <p>.....</p>	SI		NO	
SI											
NO											
SI	NO										
SI											
NO											
<p>*Se expresa con oraciones completas</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO		<p>*Sigue instrucciones generales (<i>escucha atentamente, se concentra</i>)</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO			
SI											
NO											
SI											
NO											
<p>*Presenta control de esfínter vesical diurno</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO		<p>*Presenta control de esfínter vesical nocturno</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO			
SI											
NO											
SI											
NO											
<p>*Presenta control de esfínter vesical diurno</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO		<p>*Presenta control de esfínter anal nocturno</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO			
SI											
NO											
SI											
NO											
<p>*Alimentación</p>											



<p align="center">“Bueno/a” para comer **</p> <p><i>** Se entiende como que se alimenta en forma normal</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="width: 30px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NO</td><td></td></tr> </table> <p>Si la respuesta es NO, explique brevemente la situación</p>	SI		NO		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>										
SI															
NO															
<p>*Presenta control motor grueso (<i>correr, saltar, trepar o reptar sin dificultad</i>)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="width: 30px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NO</td><td></td></tr> </table> <p>Si la respuesta es SI, indique cuáles</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	SI		NO		<p>*En su actividad motora general se aprecia</p> <p align="center">Normal</p> <p align="center">Activo</p> <p align="center">Hiperactivo</p> <p align="center">Hipoactivo</p>										
SI															
NO															
<p>*¿Ha tenido enfermedades significativas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="width: 30px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NO</td><td></td></tr> </table> <p>Si la respuesta es SÍ, indique cuáles.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	SI		NO		<p>*¿Ha sido intervenido(a) quirúrgicamente alguna vez?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="width: 30px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NO</td><td></td></tr> </table> <p>Si la respuesta es SÍ, señale el tipo y fecha (s) de la (las) intervención (es)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	SI		NO							
SI															
NO															
SI															
NO															
<p>¿Tiene alguna derivación con algún especialista, diagnóstico previo o se encuentra actualmente en tratamiento con especialistas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="width: 30px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NO</td><td></td></tr> </table> <p>Si la respuesta es SÍ, señale aquí motivo y fecha tratamiento. Más abajo, especialidad del respectivo profesional.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 60%;">Psicólogo/a</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Fonoaudiólogo/a</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Neurólogo/a</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Terapeuta Ocupacional</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Otros, señale</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		SI		NO		Psicólogo/a		Fonoaudiólogo/a		Neurólogo/a		Terapeuta Ocupacional		Otros, señale	
SI															
NO															
Psicólogo/a															
Fonoaudiólogo/a															
Neurólogo/a															
Terapeuta Ocupacional															
Otros, señale															
<p><small>* Al momento de entrega de esta ficha, es necesario adjuntar certificados o informes que acrediten la atención los especialistas que se mencionan.</small></p>															



b) Conductas de autovalía (Marcar con una X)

1. Cuando al (la) niño(a) se le permite:

	SI	NO	A veces
Se lava solo/a (manos y cara)			
Se viste solo/a			
Se lava los dientes solo/a			
Come solo/a			
Se limpia solo/a después de defecar u orinar			
Duerme solo (a)			

c) Características socio afectivas

- Se relaciona espontáneamente con las personas de su entorno natural

SI	
NO	

- Colabora en diferentes tareas del hogar

SI	
NO	

- Presenta hábitos de cortesía

SI	
NO	

- Se integra con pares en grupos de juego

SI	
NO	

- Presenta dificultades para adaptarse a situaciones nuevas

SI	
NO	

- Presenta control emocional (considerar: "pataletas", llantos, negativismo u otro).
Comentar:

.....
.....
.....
.....

d) Dinámica Familiar

¿Con quién vive el niño/a?

.....

¿Tiene más hermanos/as?..... ¿Cuántos?.....

Lugar que ocupa entre los hermanos/as el (la) postulante.....

¿Quién pasa el mayor tiempo con él/ella?

.....



¿Hay alguna información sobre su hijo/a que considere importante informar?

.....
.....
.....

¿Qué actividades realiza su hijo/a durante su permanencia en casa?

.....
.....
.....

Describa brevemente a su hijo

.....
.....
.....

1 ¿Por qué han elegido este establecimiento para educar a su hijo/a?

2 ¿Qué aspectos fundamentales esperan que este establecimiento aporte a la Educación de su hijo (a)?

Firma del Padre

Firma de la Madre

FECHA _____