



ANAMNESIS

I. Identificación del postulante

Nombre.....

Fecha Nacimiento.....Edad al 31 de marzo.....

II. Antecedentes familiares

Nivel al que postula.....

Nombre del papáEdad.....

Ocupación

Nombre de la mamáEdad.....

Ocupación

¿Con quién vive?.....

¿Cuántos hermanos son?.....¿Qué lugar ocupa entre los hermanos?.....

Cómo se relaciona con: (ejemplifique)

Papá.....

Mamá.....

Hermanos (as).....

Otros:.....

¿Con qué adulto pasa la mayor parte del día?.....

¿Vive en casa o departamento?.....

¿Realiza actividades recreativas en lugares abiertos fuera del hogar?

.....
.....

¿Existe alguna situación particular que afecte o haya afectado la dinámica familiar?

.....
.....

.....



III. Antecedentes Pre - Escolares

¿Ha asistido a jardín infantil? :.....
¿Qué nivel?
¿Cómo fue su experiencia?.....
.....
.....

IV. Antecedentes significativos del desarrollo de su hijo(a)

¿Cómo fue su embarazo?.....
.....
.....
¿Existió algún problema durante el parto?.....
.....
.....
¿En qué semana de gestación nació?.....
.....
¿Tuvo lactancia materna? Duración:.....
¿Gateó?.....
¿A qué edad se sienta sin apoyo?.....
¿A qué edad camina sin apoyo?.....
¿Considera usted que su lenguaje expresivo es entendible?.....
.....
¿Desde qué edad controla esfínteres diurno?.....
¿Desde qué edad controla esfínteres nocturno?.....
En caso que aún no controle ¿Por qué?.Especifique.....
.....
.....
.....



V. Antecedentes personales relevantes de Salud: (es muy importante contar con la mayor información para poder atender requerimientos de su hijo/a)

¿Qué enfermedades tuvo o padece?

.....

¿Está en tratamiento?.....

.....

¿Ha tenido accidentes?.....

¿De qué tipo?

.....

¿Necesitó tratamiento?.....

.....

¿Ha tenido intervención quirúrgica?.....

¿De qué tipo?

¿qué tratamiento necesitó?.....

.....

Si su hijo (a) ha recibido la atención de uno de los siguientes especialistas, describa brevemente la situación.

	SI	NO
Terapeuta ocupacional		
Psicólogo		
Neurólogo		
Psicopedagogo		
Psiquiatra		
Oftalmólogo		
Otorrinolaringólogo		
Fonoaudiólogo		
Traumatólogo		
Cardiólogo		
Broncopulmonar		
Gastroenterólogo		
Otro, especificar		



¿A qué edad recibió atención del especialista?.....

¿Cuál es su diagnóstico?.....

¿qué motivó la atención?.....

.....

.....

¿Se encuentra actualmente en tratamiento?.....

.....

VI. Hábitos

SUEÑO

¿A qué hora se duerme?..... ¿Con qué humor se despierta?.....

¿Cuántas horas duerme app.?.....

¿Cómo duerme?.....

.....

¿Necesita de algo o de alguien?.....

¿Tiene pieza solo(a)?.....¿Duerme toda la noche en su cama? Sí..... NO.....

¿Por qué?.....

.....

¿Usa chupete?.....

¿Duerme siesta..... ¿cuántas horas?.....

ALIMENTACIÓN

¿Come alimentos sólidos?.....

¿Come solo? Sí..... No..... ¿Por qué?.....

¿Tiene dificultad para alimentarse?.....

¿Es alérgico a ciertos alimentos?.....

.....



JUEGOS

¿En qué se entretiene?.....

¿Con quién juega?.....

¿Qué juegos le gustan?.....

Actualmente el niño(a):

¿Cómo se relaciona con otros niños?.....

.....

¿Muestra empatía frente a las emociones de los demás?.....

.....

¿Cómo reacciona frente a los sonidos o ruidos fuertes?.....

.....

¿Tiene noción de riesgo ante situaciones de peligro?.....

¿por qué?.....

.....

.....

¿Cómo reacciona frente a la agresión de otros?.....

.....

RECREACIÓN

¿Ve televisión?.....¿Cuánto tiempo?.....

¿Qué programas o series?

.....

¿Se entretiene con juegos digitales?..... ¿Cuáles?.....

.....

¿Realiza actividades extraprogramáticas?.....¿Cuáles?.....

.....

¿Los fines de semana o vacaciones ¿qué actividad realiza?.....

.....

.....



VII. OTROS DATOS

Indíque cualquier otro aspecto o característica de su hijo(a) que estime relevante para un mayor conocimiento de él o ella.....

.....
.....

EMOCIONES

¿Presenta celos, rabieta, indiferencia, etc?

¿Con qué frecuencia?.....

¿Ante qué situaciones se presentan?.....

.....
.....

¿Qué actitud toma frente a una conducta inadecuada de su hijo(a)?

Papá:

.....
Mamá:.....

.....
Otros:.....

¿Presenta algún miedo o fobia especial hacia algo o alguien?.....

.....
¿Presenta alguna conducta repetitiva hacia algo o alguien?.....

.....
.....

Nombre de la persona que respondió la ficha:.....

Parentesco con el alumno.....

Comentarios:

.....
.....

Fecha:.....Firma.....