

**I. IDENTIFICACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Referencia \_\_\_\_\_  
 Quién proporciona los datos \_\_\_\_\_

	Padre	Madre
Nombre	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____
Escolaridad	_____	_____
Ocupación	_____	_____
Lugar donde trabaja	_____	_____
Teléfono	_____	_____

Nombre del Tutor : \_\_\_\_\_  
 Domicilio : \_\_\_\_\_  
 Lugar donde trabaja : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Motivo por el que solicita el ingreso (expectativas)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*4/1/20*

## II. ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Quiénes han presentado problemas similares?

PARENTESCO	EDAD	PADECIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secuelas por accidente

¿Cómo inició el padecimiento por el que acude a esta institución?

¿Quién detectó el problema y cuál fue el diagnóstico?

Estudios diagnósticos que se le hallan realizado :

¿Qué tipo de tratamiento ha recibido el joven y duración del mismo?

¿Actualmente el joven toma algún medicamento? (Menciónelo)

## III. HISTORIA FAMILIAR

¿Cómo ha sido la relación marital?

¿Cómo ha sido la relación familiar al tener un miembro minusválido? ¿El joven es aceptado por la familia?

¿Con quién convive el joven y cuánto tiempo se le dedica?		
¿De qué manera conviven los padres con los hijos?		
¿Presenta conductas problemáticas?	SI	NO
¿Cuáles?		
Cuando su hijo comete una falta, ¿Cómo lo corrige?		
¿En qué ocupa el tiempo libre?		
Algún miembro de la familia :		
Fuma	Ingiere bebidas alcohólicas	Ingiere drogas
¿Quién?	¿Con qué frecuencia?	
Observaciones		
¿Con quién vive el joven?		
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lugar que ocupa en la familia \_\_\_\_\_

Observaciones

#### IV. HISTORIA INDIVIDUAL EVOLUTIVA

##### a) Prenatal

¿Planeó el embarazo del niño (embarazo deseado)? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción de los padres al saber del embarazo y en transcurso de éste?

¿Tuvo asistencia médica durante el embarazo?

¿Cómo fue el desarrollo del embarazo? (Tuvo algunas enfermedades, accidentes o complicaciones) ¿Cuáles?

¿Durante el embarazo la madre fumaba, ingería bebidas alcohólicas, o tomaba algún tipo de droga?

Duración del embarazo :

Observaciones

##### b) Perinatal

Duración del parto

Características del parto :

A término \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Prolongado \_\_\_\_\_ Provocado \_\_\_\_\_  
Cesárea \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_ De qué tipo \_\_\_\_\_

Lugar y personas que atendieron el parto

Características del niño al nacer

Lloró inmediatamente \_\_\_\_\_ Hipoxia \_\_\_\_\_ Anoxia \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Otros

Observaciones

**c) Postnatal**

Incubadora \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Hubo terapia intensiva o intervención quirúrgica urgente?

Sentimiento de los padres respecto al sexo del niño

**d) Lactancia**

¿Hubo buena succión?

Tipo de lactancia :

Materna \_\_\_\_\_ Biberón \_\_\_\_\_ Gotero \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna deficiencia en la alimentación?

Observaciones

**e) Desarrollo**

A qué edad sostuvo la cabeza : \_\_\_\_\_ A qué edad se sentó : \_\_\_\_\_  
A qué edad gateó : \_\_\_\_\_ A qué edad se puso de pie : \_\_\_\_\_  
A qué edad caminó : \_\_\_\_\_ A qué edad se rió : \_\_\_\_\_  
A qué edad balbuceó : \_\_\_\_\_ A qué edad vocalizó : \_\_\_\_\_  
A qué edad habló : \_\_\_\_\_

¿Hubo alteraciones en el desarrollo psicomotor o en el lenguaje?

¿A qué edad percibió la diferencia de los sexos?

¿Cuáles fueron las primeras muestras de interés sexual?

¿Se toca o juega con sus órganos genitales?

¿Cómo reaccionan los padres ante esto?

¿A qué edad ocurrió su menarquía o eyaculación?

¿El joven ha recibido alguna orientación con respecto a la sexualidad?

Control de esfínteres	SI	NO
-----------------------	----	----

Observaciones

## V. DATOS MÉDICOS

Mencione las enfermedades del joven por orden cronológico

EDAD	TIPO DE ENFERMEDAD	TRATAMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secuelas por enfermedad

Mencione los accidentes del joven por orden cronológico

EDAD	TIPO DE ACCIDENTE	TRATAMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones :


## VI. ASPECTOS ESCOLARES

Edad de inicio escolar :
Tipo de escuela a la que ha asistido el joven :
¿Hubo adaptación a la escuela, al maestro y a los compañeros?
Mencione cualquier problemática en el área escolar :
¿Asiste actualmente a la escuela?                      ¿De qué tipo?

