Nombre del (la) Terapeuta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del entrevistado: |  | | | | | | | | | | | | | | | Parentesco | | | |  | | | |
| Nombre del Paciente: |  | | | | | | | | | | | | | | | Número de expediente: | | | |  | | | |
| Fecha de nacimiento: |  | | | | | | | Edad: | | | | | |  | | Escolaridad: | | | | Pública | | | Privada |
|  | | |  |
| Desempeño escolar |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la madre: |  | | | | | | | | | | | | | | | Edad: | | | | Escolaridad \* | | |  |
| Ocupación: | | |  |
| Nombre del padre: |  | | | | | | | | | | | | | | | Edad: | | | | Escolaridad \* | | |  |
| Ocupación: | | |  |
| ¿El (la) paciente ha recibido terapia con anterioridad? | | | | | | | Sí | | | No | | | ¿Dónde? | | | | | | | | ¿Cuánto tiempo? | | |
| \* S/E: Sin Escolaridad, P/C: primaria completa, P/I: primaria incompleta, S: secundaria, B: Bachillerato o preparatoria, L: Licenciatura , M: Maestría, D: Doctorado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FAMILIOGRAMA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quién vive con el paciente? (Familiograma). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES PRE, PERI Y POSTNATALES: Señale con una “🗸” la opción que corresponda o escriba lo que se lo solicita:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿A qué edad se embarazó? | | | ¿Tuvo abortos previos?  Sí No | | | | | | | | | ¿A qué mes comenzó con el control médico o prenatal?: | | | | | | | Durante el embarazo ¿Tomó medicamento?:  Sí No  ¿Cuál?:  Motivo: | | | | |
| ¿Presentó alguna complicación?:  Sí No  Cual  (1er trim) (2° trim.) (3er trim) | | | ¿Hubo ingesta de alcohol u otra sustancia?:  Sí No  Especifique: | | | | | | | | | ¿Tuvo amenaza de  Aborto?:  Sí No  (1er trim) (2° trim.) (3ertrim) | | | | | | | ¿Tiempo de gestación?  6 meses ( )  7 meses ( )  8 meses ( )  9 meses ( ) | | | | |
| ¿Presentó alguno de los siguientes padecimientos? | | | | | | | | | | | | Producto obtenido:  Vía vaginal ( ) Vía por cesárea ( )  Motivo: | | | | | | | | | | | |
| Anemia ( ) | | | Hipertensión ( ) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Preclamsia Hemorragias ( ) | | | Enfermedad viral ( ) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Problema emocional ( ) | | | Diabetes gestacional ( ) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Duración del trabajo de parto? | | | ¿Estuvo hospitalizada?  Sí No  ¿Cuánto tiempo? | | | | | | | | | ¿Cuál fue la causa de la hospitalización? | | | | | | | ¿Cuál fue el puntaje del APGAR?:  ( , )  Peso:  Talla: | | | | |
| ¿Estuvo en incubadora?  Sí No  Tiempo: | | | ¿Utilizó lámpara especial por bilirrubina alta? | | | | | | | | | Tiempo de egreso del hospital (paciente)  ( ) | | | | | | |  | | | | |
| **Marque con una “🗸” si el (la) paciente presentó:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Convulsiones: ( ) | | | Traumatismo: ( ) | | | | | | | | | Fiebre: ( ) | | | | | | | Otras: ( ) | | | | |
| Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESARROLLO DEL LENGUAJE**. **Indique si el paciente presentó dificultades para:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indique la edad en la que el (la) paciente presentó:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonrisa social:( ) meses | | | | | | Seguimiento visual:( ) meses  Contacto visual ( )meses | | | | | | | | | | | Balbuceo:( ) meses | | | | | | |
| Monosílabos: ( ) meses | | | | | | Bisílabos: ( ) meses | | | | | | | | | | | Dijo su 1ª palabra:( ) meses | | | | | | |
| Palabra yuxtapuesta: ( ) meses | | | | | | Dijo su primera frase corta:  ( ) meses | | | | | | | | | | | Dijo su primera frase larga:  ( ) meses | | | | | | |
| **Marque con una “🗸” si el paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presenta sialorrea: ( ) | | | | | | Comprende órdenes sencillas: ( ) | | | | | | | | | | | Parece que está en su propio mundo, que no escucha cuando se le habla:  ( ) | | | | | | |
| Cuando se expresa, ¿usted comprende lo que dice? ( ) | | | | | | Contesta adecuadamente a las preguntas.( ) | | | | | | | | | | | Sabe la diferencia entre lo mío y lo tuyo.( ) | | | | | | |
| Se comunica con gritos o llanto( ) | | | | | | Se comunica con gestos. ( ) | | | | | | | | | | | Habla otra lengua en casa o la escuela.( ) | | | | | | |
| **DESARROLLO PSICOMOTOR. Escriba la edad en la que el (la) paciente alcanzó las siguientes etapas del desarrollo motor:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control cefálico :  ( ) meses | | Cambio de posición  (supino-prono)  ( ) meses | | | | | | | Sentarse con apoyo:  ( ) meses | | | | | | Gateo:  ( ) meses | | | | | | | Sedestación:  ( ) meses | |
| Bipedestación:  ( ) meses | | Marcha con apoyo:  ( ) meses | | | | | | | Marcha sin apoyo:  ( ) meses | | | | | | Sube y baja escaleras, alternando pies:  ( ) meses | | | | | | | LLeva las manos a los objetos:  ( ) meses | |
| Movimientos de pinza: | | Preferencia manual:  Derecha ( )  Izquierda ( ) | | | | | | | Pulgar abducido:  Sí No | | | | | | Controla esfínteres:  Sí No | | | | | | | Diurno ( ) meses  Nocturno ( ) meses  Presentó regresiones:  Sí No | |
| **ALIMENTACIÓN. Marque con una “🗸” sí el (la) paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se alimentó de leche materna?  Sí No  Motivo:  Tiempo: | | | ¿Usó o usa biberón?  Sí No  ¿Cuánto tiempo? | | | | | | | | | ¿Usó o usa chupón?  Sí No  ¿Cuánto tiempo? | | | | | | | ¿Cuál es el tipo de alimentación que ingiere?  Líquida ( )  Blanda ( )  Sólida ( ) | | | | |
| ¿Cuáles son sus alimentos preferidos? | | | ¿Cuáles son los alimentos que rechaza, no le gustan o no quiere comer? | | | | | | | | | ¿Cuánto tiempo se tarda en comer? | | | | | | | ¿Mastica sus alimentos? | | | | |
| Cuando come ¿cierra la boca para masticar los alimentos? | | | ¿Cuántos vasos de líquido bebe al ingerir los alimentos? | | | | | | | | | ¿Sopla?  Sí No | | | | | | | ¿Deglute?  Sí No | | | | |
| ¿Succiona alimentos?  Sí No | | | ¿Succiona sus labios?  Sí No | | | | | | | | | ¿Succiona sus dedos u otro objeto?  Sí No | | | | | | | ¿Presenta bruxismo mientras duerme?  Sí No | | | | |
| ¿Ronca mientras duerme?  Sí No | | | Tipo de respiración:  ( nariz ) ( boca ) | | | | | | | | | ¿La respiración nocturna es fuerte o sonora? | | | | | | | Cuando está en reposo ¿respira con la boca abierta?  Sí No | | | | |
| **AUTONOMÍA. Marque con una“🗸” la opción que corresponde S (Sí) , N (No), CA(Con Apoyo).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se quita y se pone  Falda o pantalón:  S N CA | | | | Sube y baja el cierre:  S N CA | | | | | | | Se quita y se pone calcetines:  S N CA | | | | | | | Se quita y se pone zapatos:  S N CA | | | | | |
| Amarra agujetas:  (5 años)  S N CA | | | | Se quita y se pone camisa o blusa:  S N CA | | | | | | | Abrocha botones:  S N CA | | | | | | | Arregla su cuarto:  S N CA | | | | | |
| Come solo:  S N CA | | | | Es un niño (a) limpio (a):  S N CA | | | | | | | Se baña solo (a):  S N CA | | | | | | | Cuida juguetes y ropa:  S N CA | | | | | |
| **CONDUCTAS. Marque con una “🗸” la (s) conducta(s) que refieren sobre el (la) paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lábil emocional: ( ) | | | Suele hacer lo que quiere: ( ) | | | | | | | | Mentiroso (a): ( ) | | | | | | | | Solitario (a): ( ) | | | | |
| Sensible: ( ) | | | Se aísla: ( ) | | | | | | | | Amable: ( ) | | | | | | | | Poca tolerancia a la frustración:  ( ) | | | | |
| Tímido (a): ( ) | | | Convive con otros niños (as): ( ) | | | | | | | | Demandante: ( ) | | | | | | | | Compartido (a): ( ) | | | | |
| Ayuda en las actividades en casa: ( ) | | | Es cariñoso: ( ) | | | | | | | | Es risueño: ( ) | | | | | | | | Respetuoso: ( ) | | | | |
| **Señale con una “🗸” las conductas que presenta el (la) paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sensibilidad táctil.  Texturas:  Sí No | | | Especifique: | | | | | | | | | Sensibilidad auditiva.  Sonidos:  Sí No | | | | | | | Especifique: | | | | |
| Sensibilidad visual.  Luz:  Sí No | | | Especifique: | | | | | | | | | Sensibilidad al movimiento:  Sí No | | | | | | | Especifique: | | | | |
| **SALUD ACTUAL. Señale con una “🗸” o conteste, según corresponda:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El paciente presenta alguna enfermedad?  Si no  Especifique:  Tx: | | | | | | ¿Toma algún medicamento cotidianamente? Sí No  ¿Cuál?  Dosis: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta alguna alergia?  Sí No  ¿A qué?  Tx: | | | | | | ¿Tiene problemas de adenoides, amigdalitis o rinitis?  Sí No  Tx: | | | | | | | | | | | ¿A qué edad aparecieron los primeros dientes?  ¿Hubo algún problema?  Sí No  ¿Cuál? | | | | | | |
| ¿Existen problemas en la dentición actual? Sí No  ¿Cuál? | | | | | | ¿Cuántas veces al día se lava los dientes? | | | | | | | | | | | Perfil facial:  Retrognático ( )  Ortagnático ( )  Normal ( ) | | | | | | |
| ¿Duerme adecuadamente (sin llanto o sin levantarse)? | | | | | | ¿Cuál es su horario de sueño? | | | | | | | | | | | ¿Con quién duerme?  Motivo: | | | | | | |
| **Conteste las siguientes preguntas:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le gusta usar dispositivos electrónicos? (tablet, cel)  Sí No  ¿Cuánto tiempo lo hace al día?  ( ) horas | | ¿Realiza juegos simbólicos?  Sí No  ¿Cuánto tiempo lo hace al día?  ( ) horas | | | | | | | ¿Juega solo?  Sí No  ¿Cuánto tiempo lo hace al día?  ( ) horas | | | | | | ¿Juega acompañado?  Sí No  ¿Cuánto tiempo lo hace al día?  ( ) horas | | | | | | | ¿Practica alguna actividad extraescolar?  Sí No  ¿Cuál?  ¿Cuánto tiempo lo hace?  ( ) horas | |
| **DE LOS PADRES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Describa la rutina del (la) paciente en un día.** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expectativas  ¿Qué esperan de la terapia? | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compromisos y disponibilidad de los padres y familiares: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones del (la) terapista: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FIrma: L.T.C.H.

Nombre y firma de padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“Nota: los datos personales contenidos en la presente, serán considerados confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y demás disposiciones aplicables.