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 NoCual (1er trim) (2° trim.) (3er trim) | ¿Hubo ingesta de alcohol u otra sustancia?:Sí NoEspecifique:  | ¿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 NoTiempo: | ¿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:( ) mesesContacto 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 ( ) mesesNocturno ( ) mesesPresentó regresiones: Sí No  |
| **ALIMENTACIÓN. Marque con una “🗸” sí el (la) paciente:** |
| ¿Se alimentó de leche materna?Sí NoMotivo: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 poneFalda 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 noEspecifique: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.