



DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Nombre: ASD@DSADAS

Edad: 0

Fecha de Nacimiento: Mon May 02 2022
19:00:00 GMT-0500 (GMT-05:00)

Fecha de Nacimiento: Mon May 02 2022
19:00:00 GMT-0500 (GMT-05:00)

Dirección: asd@dsadas

Lugar de Nacimiento:

Email: asd@dsadas

Celular: 994565

Redes sociales (estudiante - representante):

Motivo de consulta null

Diagnóstico Médico

Recibe alguna terapia

1.- ESTRUCTURA FAMILIAR

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN
------------	--------	------	-----------

Describe cómo es la relación con su cónyuge o pareja: (En caso de tenerlo)

Describe cómo es la relación con sus hijos/as: (En caso de tenerlo) null

Describe cómo fue la relación con sus padres

ETAPA DE NIÑEZ

Describe cómo fue la relación con sus hermanos/as

Describe cómo es la relación con sus padres

ETAPA ACTUAL

¿Ha experimentado algún evento representativo en los últimos dos años?

¿Ha experimentado algún evento representativo en los últimos dos años?

SALUD

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Su estado de salud actual es satisfactorio	
¿Se ha practicado alguna vez exámenes auditivos?	
¿Tiene usted pérdida auditiva?	
¿Está usted cumpliendo algún tratamiento médico en este momento?	
Actividad física	
Tiempo de sueño	
¿Tiene usted algún historial de desorden emocional o de comportamiento?	
¿Algún familiar tiene historial de desorden emocional o de comportamiento?	

ORGANIZACIÓN/ATENCIÓN Y CONOCIMIENTO

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Es distraído?	
¿Tiene excesiva actividad física?	
¿Tiene dificultad para controlar sus emociones?	
¿Se desilusiona fácilmente cuando algo no le sale bien?	
¿Es una persona organizada?	
¿Es usted una persona sensible?	
¿Tiene tics nerviosos?	
¿Tiene miedo escénico?	
¿Tiene gran sensibilidad al tacto?	
¿Tiene corto tiempo de atención?	
¿Hace amigos fácilmente?	
¿Alcanza sus metas u objetivos?	
¿Se le dificulta seguir órdenes?	
¿Dificultad para conciliar el sueño?	
Tiene fobias?	
¿Tiene tolerancia al dolor?	
¿Posee gran sensibilidad a los olores?	

