

ANAMNESIS

Nº de historia : _____
Fecha de elaboración : _____

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres : _____
Fecha y Lugar de nacimiento : _____
Edad (años y meses) : _____
Grado de instrucción : _____
Informante(s) : _____

		Nombre y Apellidos	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Padre	:				
Madre	:				
Hermanos	:				

II. MOTIVO DE CONSULTA

- ¿Cómo se presentó esta dificultad? ¿Desde cuándo? ¿Quién lo detectó?

- ¿Cuándo, dónde y con quién se presenta el problema?

- ¿Cómo ha evolucionado desde que apareció por primera vez? ¿Ha notado alguna mejoría?

- ¿Qué es lo que se ha intentado para solucionar este problema? Diagnóstico (si lo tuviera)

- Según usted, ¿Cuál es la causa del problema? ¿Cuál es la actitud frente al problema?

- Tratamiento recibidos ¿Cuánto tiempo? ¿En qué instituciones? Evolución del tratamiento

Enfermedad actual

- Tiempo de síndrome : () años () meses () días
- Forma de inicio : () brusco () insidioso () nacimiento
- Signos y síntomas principales : _____
- Estresores importantes (que guardan relación con el problema del paciente, con las causas que desencadenan conductas inapropiadas o que agraven el problema)

- Tratamientos farmacológicos (utiliza medicamentos necesarios u obligatorios, especificar cuáles, las dosis, horarios y método administración del o los medicamentos que utiliza)

III. HISTORIA EVOLUTIVA:

1. PRE - NATAL

- ¿Cuál el número de embarazo con su hijo?
- ¿Cómo fue su embarazo o gestación (condiciones)? Síntomas, problemas, duración.

- ¿Fue planificado o deseado?
- Tipo de control (médico , partera, empírico)
- Enfermedades durante el embarazo, dificultades y/o accidentes. Ingesta de medicamentos. Rayos X. _____
- Ingesta de alcohol, tabaco, drogas y/o anticonceptivos _____
- ¿Pérdidas? Causas _____

2. PERI - NATAL

- ¿A qué tiempo nació? ¿Quién atendió el parto?
 - Parto: normal , cesárea , con desgarramiento o inducido . ¿Por qué?
- _____
- ¿Se utilizó anestesia? SI / NO ¿Local general ? Uso de instrumentos: Fórceps Vacum , etc . ¿Por qué? _____
 - Presentación del recién nacido (Peso y altura). _____
 - Llanto al nacer coloración ¿necesitó reanimación con oxígeno o incubadora ? ¿Por cuánto tiempo? _____
 - Edades de los padres, al momento de nacer el/la niño/a. PAPÁ MAMÁ

3. POST - NATAL

- Malformaciones SI / NO. ¿Cuáles? _____
- Lactancia materna SI / NO. Dificultades en la succión SI / NO
- Dificultades después del parto SI / NO _____

IV. HISTORIA MÉDICA

- Estado de salud actual _____
 - Principales enfermedades. Medicamentos consumidos _____
- _____
- Accidentes, golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento , convulsiones , mareos . ¿Qué edad tenía el niño? ¿Cómo fue atendido? _____
 - Operaciones SI / NO ¿Cuáles? ¿Por qué? _____
 - Exámenes realizados (neurológico, audiológico, psiquiátrico, psicológico u otros). Resultados _____

V. HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

- Edades para:
Levantar la cabeza , sentarse (sin ayuda) , gatear , pararse (sin ayuda) y caminar
- Dificultades, tendencia a caerse o golpearse SI / NO, _____
- Presencia de movimientos automáticos: balancearse ¿Otros? _____
movimientos agitados: sacude los brazos estruja las manos ¿En qué momento?
¿Con qué frecuencia? _____
- Habilidades para correr , saltar pararse sobre un pie , desplazarse saltando sobre un pie .
- Dominancia lateral manual. IZQUIERDA / DERECHA

VI. HISTORIA DE LA HABILIDAD PARA HABLAR

1. HABLA

- ¿A qué edad su hijo balbuceó? ☐ ¿Las primeras palabras? ☐ ¿Cuáles? _____
- ¿De qué manera se hace entender Ud., por su hijo? (gestos ☐ gritos ☐ hablando ☐ llevando de la mano ☐ balbuceando ☐ otros _____). ¿Con que frecuencia utiliza el habla? _____
- Dificultades para pronunciar (omisión ☐, sustitución ☐ distorsión de fonemas ☐)
¿Cómo es su pronunciación, se entiende, articulación trabada? Describir.

- ¿Cuántas palabras decía al año? ☐ ¿Cuántas palabras decía al año y seis meses? ☐
¿Cuántas palabras decía a los dos años? ☐
- ¿Cuándo empezó a utilizar frases de 2 palabras? ☐ ¿De tres? ☐
- Reacción cuando se le llama por su nombre. _____
- ¿Se le entiende bien cuando habla en casa? SI / NO ¿Con otros niños? SI / NO ¿Con los familiares? SI / NO _____
- ¿La sonrisa tiene valor comunicativo? SI / NO ¿La expresión facial? SI / NO ¿Responde cuando se le habla? SI / NO. _____
- Habla demasiado, rápido ☐, lento ☐, normal ☐
- ¿Su voz es normal ☐, alterada ☐? ¿De qué tipo? ¿Grita al hablar?

2. MOVIMIENTOS DE LA ZONA ORAL

- Uso del biberón, consumo de alimentos líquidos, pastosos y sólidos ¿Come bien? ¿Qué come con más frecuencia? _____
- Masticación. (hábitos de masticación: morder objetos, onicofagia, bruxismo) ¿Come con los labios cerrados o abiertos? _____
- Oclusión (buena ☐ mala ☐) ¿Recibe tratamiento ortodóncico ☐ u odontológico ☐
- Babea: ¿Al dormir, comer, en todo momento? SI / NO _____
- Dificultades para respirar (enfermedades a la vía respiratoria, alergias, resfriados frecuentes, asma, etc.). _____
- Dificultades en los movimientos de la boca, SI / NO _____

VII. FORMACIÓN DE HABITOS

1. ALIMENTACIÓN

- Lactancia recibió su hijo ¿materno ☐ artificial ☐? ¿Durante cuánto tiempo la recibió? ☐
- ¿A qué edad aparecieron los primeros dientes a su hijo ☐ empezó a darle alimentos sólidos? _____
- Habilidades para comer. ¿Requiere ayuda? SI / NO ¿Usa cubiertos? SI / NO
- ¿Su hijo tiene apetito? SI / NO ¿Cuántas comidas recibe al día? ☐ ¿Cómo son? ¿Por qué? _____

2. HIGIENE

- ¿A qué edad su hijo comenzó a controlar la orina? (diurna – nocturna) ☐
- ¿Su hijo, pide cuando quiere hacer sus necesidades? SI / NO _____
- ¿Su hijo se asea solo? SI / NO. Si, requiere ayuda. ¿cómo? _____

3. SUEÑO

- Sueño. Duración _____, uso de medicamentos (edad, frecuencia) ☐
- Temores nocturnos. ☐
- ¿Cuando su hijo está dormido: habla ☐ grita ☐ se mueve ☐ transpira ☐ camina ☐
- ¿Se resiste a acostarse a un horario determinado? SI ☐ NO ☐

4. INDEPENDENCIA PERSONAL

- ¿Su hijo hace mandados? ☐ ¿Dentro del hogar? ☐ ¿Fuera del hogar? (barrio) ☐

- ¿Su hijo ayuda en casa? ☐ ¿Qué hace? ¿Tiene responsabilidades?

- Disciplina en el hogar: existencia de normas, castigos y premios, quienes lo ejecutan. ¿Es constante? _____

- Independencia para vestirse, atarse los zapatos, otros ☐

VIII. CONDUCTA

- Conductas Inadaptativas:
 - ¿Se come las uñas? SI ☐ NO ☐
 - ¿Se succiona los dedos? SI ☐ NO ☐
 - ¿Se muerde el labio? SI ☐ NO ☐
 - ¿Le sudan las manos? SI ☐ NO ☐
 - ¿Le tiemblan las manos y piernas? SI ☐ NO ☐
 - ¿Agrede a las personas sin motivo? SI ☐ NO ☐
 - ¿Se le caen las cosas con facilidad? SI ☐ NO ☐
- Problemas de alimentación ☐ , sueño ☐ , concentración ☐ . Indisciplina (irritabilidad, hiperactividad) ☐ . Otros. _____
- Carácter del niño

IX. JUEGO

- ¿Su hijo juega solo? ☐ ¿Por qué? ¿dirige o es dirigido?

- ¿Qué juegos prefiere su hijo? ¿Cuáles son sus juguetes preferidos?

- ¿Prefiere jugar con niños de su edad, con mayores o niños menores a su edad?

- ¿Cuáles son las distracciones principales de su hijo? Uso del tiempo libre. Deportes.

- Conductas en el juego con otros niños: agresividad, ausencia del deseo del contacto.

X. HISTORIA EDUCATIVA

- Inicial: Edad ☐ , adaptación, ☐ dificultades _____
- Primaria, secundaria: edad, rendimiento, dificultades (especificar), nivel de adaptación.

- Cambios en el colegio. ☐ ¿Por qué?

- ¿Observó dificultades en el aprendizaje? ☐ ¿desde cuándo? ¿Qué hizo? Rendimiento en la escritura, lectura y matemáticas _____

- Repitencias. ☐ ¿Cuántas veces? _____
- Conducta en clases. Asignatura que más domina, asignaturas que menos domina.

- Opinión de parte del niño, hacia el colegio, hacia el profesor, de sus compañeros, de las tareas. _____
 - Opinión del profesor. _____
- ¿Ha recibido algún servicio especial?: logopedia ☐ , refuerzos ☐ ¿Desde cuándo?
Frecuencia _____

XI. PSICOSEXUALIDAD

- ¿A qué edad hizo preguntas su hijo, sobre sexo y procreación? Información que se le brindó ¿Cómo? _____
- ¿Tiene amigos(as) del sexo opuesto? _____
- ¿Su hijo presenta conductas como tocarse o sobarse los genitales? SI ☐ NO ☐
Frecuencia y en qué circunstancias: _____

XII. OPINION Y ACTITUDES DE LOS PADRES CON RELACIÓN AL HIJO

- Reacción de los padres: rechazo ☐ vergüenza ☐ , indiferencia ☐ , aceptación, ☐ preocupación. ☐ _____
- Creencias sobre el problema, sentimientos de culpa, etc. _____
- Cambios: aislarlo o dejarlo con el grupo, exigirle un comportamiento similar, mayor atención, sobreprotección. _____
- Uso del castigo: ¿Cómo, con qué frecuencia? Reacción del niño _____
- Comportamiento del niño con los padres, hermanos, amigos, otros. Apego del niño, ¿hacia quien? _____

XIII. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Si /No. (Especificar enfermedades psiquiátricas, problemas del habla, dificultades en el aprendizaje, epilepsias, convulsiones, retardo mental, otros). _____
- Carácter de los padres. Relación de pareja. _____

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA
