**EVALUACIÓN DIAGNOSTICA**

1ª ENTREVISTA

ÁREA SOCIAL

ENTREVISTA REALIZADA POR TRABAJADORA SOCIAL:

INSTITUTO: APADIM SAN FRANCISCO

FECHA DE LA ENTREVISTA:………………………………………………………………………………………………….

PERSONAS ENTREVISTADAS:

* Apellido y nombre………………………………………………. Parentesco………………………………
* Apellido y nombre………………………………………………. Parentesco………………………………

EXPECTATIVAS DE LOS ENTREVISTADOS: ¿QUE ESPERAN DE ESTA EVALUACIÓN?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATOS DEL ALUMNO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO | | LUGAR Y F. NACIMIENTO | |
|  | |  | |
| DNI Nº | DOMICILIO | LOCALIDAD | PROVINCIA |
|  |  |  |  |
| TELEFONO | | COBERTURA DE SALUD / | |
|  | |  | |
| PENSION / JUBILACION (APODERADO) | | ASIGNACIONES FAMILIARES | |
|  | |  | |
| Nº AFILIADO | |  | |
| CERTIFICADO DE DISCAPCIDAD | | | |
|  | | | |

TRAYECTORIA ESCOLAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE LA CUAL PROVIENE | | TURNO | AÑO |
|  | |  |  |
| MODALIDAD |  | REPITENCIAS |  |
|  |  |  |  |
| DOCENTES | | OTROS DATOS RELEVANTES | |
|  | |  | |

TRATAMIENTOS QUE REALIZA O REALIZO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TRATAMIENTO O CONSULTAS | PROFESIONAL  (nombre del profesional o lugar donde recibió el tratamiento) | DÍAS QUE CONCURRE | FRECUENCIA | ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS |
| NEURÓLOGO |  |  |  |  |
| OFTALMÓLOGO |  |  |  |  |
| OTORRINOLARINGÓLOGO |  |  |  |  |
| PEDIATRA |  |  |  |  |
| GASTROENTERÓLOGO |  |  |  |  |
| FISIATRÍA |  |  |  |  |
| PSIQUIATRÍA |  |  |  |  |
| ORTOPEDIAS |  |  |  |  |
| FONOAUDIOLOGÍA |  |  |  |  |
| PSICOLOGÍA |  |  |  |  |
| KINESIOLOGÍA |  |  |  |  |
| TERAPIA OCUPACIONAL |  |  |  |  |
| TERAPIA CON ANIMALES |  |  |  |  |
| ESTIMULACIÓN VISUAL |  |  |  |  |
| PSICOPEDAGOGÍA |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ANTECEDENTES

1. FAMILIARES (Trastornos neurológicos, alteraciones en el lenguaje, dificultades en el aprendizaje, trastornos motores)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. PRENATALES

Embarazado controlado (Si – No)----------------------------------------------------------------------------------

Lugar de control---------------------------------------------Médico------------------------------------------------

¿Enfermedades durante el embarazo?--------------------------------------------------------------------------

Traumatismos (caídas, golpes)------------------------------------------------------------------------------------

Consumo de drogas, tabaco o alcohol--------------------------------------------------------------------------

Exposición a RX------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estado Emocional (ansiosa, depresiva)------------------------------------------------------------------------

Alimentación--------------------------------------------Medicación---------------------------------------------

1. PERINATALES

Parto(natural o cesárea)…………………………..Parto difícil o de larga duración………………………………

Peso al nacer-----------------------------------------------Peso actual--------------------------------------------

Incubadora-----------------------------------------------Días Internado--------------------------------------------

Asfixia------------------------------------------------------Ictericia----------------------------------------------------

Asistencia respiratoria----------------------------------Hemorragia intraventricular------------------------

1. POST NATALES

Enfermedades del niño

Neurológicos……………………………………………………………….Genéticas………………………………………………

Malformaciones-------------------------------------------------Otitis – meningitis------------------------------

Neumonías--------------------------------------------------------Desnutrición--------------------------------------

Traumatismos---------------------------------------------------Otras-----------------------------------------------

Medico de cabecera-------------------------------------------Medicación suministrada----------------------

ALIMENTACIÓN

Lactancia Materna---------------------------------------------------------Artificial-----------------------------

Desde y hasta cuando------------------------------------Dificultades------------------------------------------

Alimentación Actual-----------------------------------------------------------------------------------------------

EVOLUCIÓN MOTRIZ Y DEL LENGUAJE

Cuando camino-------------------------------------------Cuando comenzó a hablar-----------------------Dificultades--------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTROL DE ESFÍNTERES

Existencia de enuresis o encopresis----------------------------------------------------------------------------

SUEÑO

Horario-------------------------------------------------------Duerme solo?-----------------------------------------

Desde cuando y como?-----------------------------------------------------------------------------------------------

JUEGO

¿Con quién juega? (amigos, hermanos)--------------------------------------------------------------------------

¿Qué juegos prefiere?---------------------------¿Qué edades prefiere para jugar?-------------------------

AYUDAS TECNICAS

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO Y NOMBRE | EDAD | VINCULO | DNI | OCUPACIÓN | ESTADO DE SALUD | CONVIVEN? | |
| SI | NO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

CUIDADOR PRINCIPAL:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO Y NOMBRE | EDAD | VINCULO | OCUPACIÓN | ESTADO DE SALUD | CONVIVE? | |
| SI | NO | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| Lo acompaña a los servicios? |  | | | | | | |

DATOS DE LA VIVIENDA

|  |  |
| --- | --- |
| Domicilio | Barrio |
|  |  |
| Cantidad de habitaciones | Servicios básicos |
|  |  |
| Adaptaciones de la vivienda | Barreras arquitectónicas |
|  |  |

DATOS DEL BARRIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barrio | Ubicación | Características | Servicios |
|  |  |  |  |
| Que recursos de la comunidad hay cerca de su casa |  | A cuales concurren? |  |
|  |  |  |  |

PRESTACIONES SOCIALES (ayudas que reciben, que organismos las brinda)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PARTICIPACION /RECREACIÓN (actividades deportivas, culturales o religiosas que realiza el alumnos y/o su grupo familiar.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PREFERENCIAS DEL ALUMNO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LE GUSTA | NO LE GUSTA | TEMORES | DESEOS |
| ALIMENTOS |  |  |  |  |
| OBJETOS |  |  |  |  |
| ACTIVIDADES |  |  |  |  |
| JUEGOS |  |  |  |  |
| PERSONAS |  |  |  |  |
| AMBIENTES |  |  |  |  |
| OTROS |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

TEMORES Y DESEOS DE LOS FAMILIARES

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------- --------------------------------------------

Firma del Entrevistado Firma y sello del profesional