Las fichas que hay a continuación, son los documentos necesarios para la creación de los legajos. Estas son el modelo final que la institución quiere que el sistema implemente.

Ficha área social

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

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

Médico 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 cuándo y cómo?-----------------------------------------------------------------------------------------------

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

Ficha área fonoaudiológica

**ÁREA: LENGUAJE Y COMUNICACIÓN – INTERACCIÓN**

Nombre y Apellido:……………………………………………………………………………………….

DNI: ………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **ASPECTOS OBSERVADOS** | **DATOS** | | Resiste el contacto físico con la gente |  | | Resiste tocar objetos |  | | Hace contacto visual (ojo-ojo). |  | | Acepta personas |  | | Acepta objetos |  | | Acepta contacto con personas que no conoce |  | | Tolera que lo toquen con las manos |  | | Tolera la actividad |  | | Coopera en las actividades que se proponen |  | | Acepta el intercambio de turnos en las actividades (mi turno –tu turno). |  | | Interactúa con un objeto |  | | Interactúa con personas |  | | Inicia después del modelo del interlocutor |  | | Comienza de forma espontánea la acción |  | | Mantiene la atención en las actividades (Anote el tiempo de atención) |  | | Anticipa acciones y/o actividades |  | | Interactúa con el grupo (juega con sus amigos del salón y /o de otro salón) |  | | Imita a los demás |  | |
| **ÁREA: LENGUAJE Y COMUNICACIÓN– LENGUAJE**   |  |  | | --- | --- | | ASPECTOS OBSERVADOS | DATOS | | Imita el movimiento |  | | Imita gestos y señas |  | | Inicia el diálogo corporal |  | | Inicia el diálogo con los gestos y / o señas |  | | Inicia un diálogo con palabras |  | | Presenta habla repetitiva (ecolalia) |  | | Hace preguntas |  | | Dice los nombres de objetos y figuras |  | | Dice nombres de personas |  | | Proporciona información de su diario vivir |  | | Participa en la conversaciones espontáneas |  | | Comenta acerca de las escenas, objetos, historias y actividades |  | | Habla frases en el lenguaje de señas con 2, 3, 4 elementos |  | | Habla frases en el lenguaje oral con 2, 3, 4 elementos |  | | Expresa sus necesidades, deseos y voluntad |  | | Entiende órdenes simples |  | | Entiende órdenes con varias informaciones |  | | Sigue y comprende la trama de la historia |  | | Relata los acontecimientos |  | | Nombra los elementos |  | | Prepara o crea situaciones en el contexto |  |   **ÁREA: LENGUAJE Y COMUNICACIÓN – COMUNICACIÓN EXPRESIVA**   |  |  | | --- | --- | | Hace movimientos corporales y expresiones faciales. Ejemplo: (sonríe, llora, juega en el suelo, hace muecas, mueve sus piernas y brazos) |  | | Se hace uso de objetos de referencia (real, concreto, parte de objetos en la tarjeta) |  | | Utiliza un sistema de calendarios (caja de terminado, tenga en cuenta el número de actividades organizadas en el calendario) |  | | Gestos naturales y / o contextuales |  | | Utiliza señas aisladas de la lengua de señas |  | | Utiliza la lengua de señas estructurada |  | | Vocaliza (balbucea y sílabas) |  | | Habla palabras aisladas |  | | Utiliza el lenguaje oral estructurado |  | | Usa fotos, imágenes, dibujos y PCS |  | | Utiliza la comunicación alternativa y los recursos de tecnología asistida |  |   **ÁREA: LENGUAJE Y COMUNICACIÓN – COMUNICACIÓN RECEPTIVA**   |  |  | | --- | --- | | Comprende las expresiones faciales |  | | Comprende las claves táctiles de movimiento y de contexto |  | | Comprende las claves objeto |  | | Comprende objetos de referencia (real, concreto y cartón) |  | | Comprende la secuencia de actividades del calendario |  | | Comprende los gestos naturales y / o contexto |  | | Comprende las señas aisladas de la lengua de señas |  | | Comprende palabras aisladas |  | | Comprende lengua oral estructurado |  | | Comprende fotografías, imágenes y símbolos de la PCS |  | | Comprende otras formas de comunicación |  |   **TEST DE PEABODY:**  **ÁREA: DISFAGIA Y ALIMENTACIÓN**   |  |  | | --- | --- | | Rutinas de alimentación. Hora de comer |  | | Cuáles son los alimentos que hacen parte de la rutina de alimentación |  | | Sitio que se alimenta. (Ej: en la falda, mobiliario) |  | | Posicionamiento y postura |  | | Come solo |  | | Necesita persona de apoyo para alimentarlo |  | | Necesita de herramientas adaptadas para la alimentación |  | | Cantidad de alimentos que come |  | | Temperatura : comida , como le gusta |  | | Consistencia de los alimentos: sólidos, líquidos o en pasta |  | | Procesador de alimentos: golpear, triturado, tamizado |  | | Presencia de tos |  | | Ahogo por bloqueo |  | | Manipula el alimento en la cavidad oral |  | | Alimentos que prefiere |  | | Los alimentos que rechaza |  | | Restricción de comidas. (alergias, intolerancia) |  | | Acepta dulce |  | | Acepta salado |  | | Acepta granulado |  | | Acepta helado |  | | Acepta caliente |  | | Preferencia por temperaturas calientes |  | | Preferencia por temperatura fría |  | | Pasa la lengua por los objetos |  | | Acepta alimentos nuevos |  | | Preferencia por líquidos |  | | Preferencia por comida pastosa |  |   **SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:**  **PRAXIAS OROFACIALES/ VEGETATIVAS:**   |  |  | | --- | --- | | **IMITATIVAS** | **A LA ORDEN VERBAL** | |  |  |   **ASPECTOS FONOLÓGICOS**: (Test de orientación)  **NIVEL MORFOSINTÁCTICO:**  **ASPECTOS SEMÁNTICOS**:  **TEST DE ORIENTACIÓN:** |

Ficha psicopedagógica / psicológica

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellido:**  **DNI:** | **Fecha de evaluación :** |
| Instrumentos administrados : |  |
| Test gestáltico viso- motor Bender  Cuantitativo:  Cualitativo : |  |
| WISC III |  |
| Test D. F. H |  |
| Test de la familia kinética  Desiderativo |  |
| Peabody ( nivel receptivo y vocabulario ) |  |
| Juego libre : |  |

OBSERVACIONES :

Ficha área educativa

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspectos observados** | **Datos de la evaluación- describir** |
| Discrimina objetos |  |
| Conoce la función de los objetos – juguetes |  |
| Nivel de autonomía para realizar actividades: cuidados personales, alimentación, organización de materiales |  |
| Demuestra entendimiento de causa – efecto |  |
| Reconoce las partes del cuerpo |  |
| Imita al otro |  |
| Lleva a cabo el juego simbólico |  |
| Comparte juguetes |  |
| Maneja materiales como arcilla, arena, pintura |  |
| Hace uso de materiales como lápices, tijeras, gomas, plasticola |  |
| Reconoce similitudes y diferencias entre los objetos |  |
| Clasifica objetos – ver criterios que utiliza – |  |
| Establece seriaciones entre elementos. Uso de cuantificadores: muchos, pocos, algunos, ninguno. |  |
| Maneja conceptos como grande- pequeño, dentro – fuera, arriba – abajo. |  |
| Identifica su nombre por escrito, a un lado, al otro. |  |
| Reconoce colores primarios-secundarios. |  |
| Resuelve problemas de la vida cotidiana |  |
| Pone atención a los dibujos |  |
| Dibuja con o sin intención |  |
| Respeta los límites en el uso del papel |  |
| Muestra interés por las letras |  |
| En escritura espontánea usa signos o pseudo-letras |  |
| Reconoce letras |  |
| Lee y escribe su nombre |  |
| Lee y escribe otras palabras |  |
| Asocia la palabra escrita con el objeto |  |
| Copia palabras |  |
| Diferencia letras |  |
| Interés por la música (reproduce movimientos al oír una música, sigue el ritmo) |  |
| Hace lectura global |  |
| Escribe palabras – oraciones |  |
| Se expresa con intencionalidad en un texto escrito |  |
| Hace lectura comprensiva |  |
| Cuenta espontáneamente hasta…..número. |  |
| Relaciones de menor – mayor- igual- anterior- posterior-entre |  |
| Reconocimiento de números escritos |  |
| Escritura de números |  |
| Resuelve problemas ligados a : agregar- juntar – quitar – unir - partir - repartir |  |
| Conoce figuras y cuerpos geométricos: redondo, cuadrado, triángulo, rectángulo |  |
| Resuelve problemas ligados a: agregar-juntar-quitar-unir-partir-repartir. |  |
| Usa números para designar posición: primero – segundo, etc |  |
| Noción de doble y mitad |  |
| Suma de números naturales |  |
| Resta de números naturales |  |
| Multiplicación de números naturales |  |
| División de números naturales |  |
| Resolución de problemas utilizando las cuatro operaciones |  |
| Uso de patrones-medidas no convencionales |  |
| Uso de medidas convencionales |  |
| Nociones temporales: antes- después, momentos del día, ayer – hoy – mañana, meses del año, hora |  |
| Manejo del dinero |  |