

HISTORIA

Nombre:		Edad:	
Fecha Nacimiento:		Fecha entrevista:	
Domicilio:		Teléfono:	
Población o barriada:			
Nombre y relación de parentesco de la persona que rellena la historia			

HISTORIA ACTUAL:

- **Motivo de la consulta:** _____

- **Tipo de alteraciones o principales problemas que su hijo presenta:** _____

- **Cuando empezaron a aparecer estos síntomas o conductas:** _____

OBSERVACIONES (periodos de conducta previos a la aparición de los síntomas, estado actual, etc.) (* A rellenar junto con el terapeuta)

- **Está actualmente el niño, o ha estado en tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico. Si es así escriba a continuación, por favor, la fecha. El nombre del profesional y/o la institución y el motivo de la asistencia o tratamiento:**

Fecha	Institución/profesional	Motivo de consulta

- **¿TIENE INFORMES ESCRITOS?** En caso afirmativo sería muy conveniente que nos proporcionara una fotocopia de dichos informes. **(GRACIAS)**
- **¿TOMA ACTUALMENTE ALGUNA MEDICACIÓN?** En caso afirmativo rellene los datos siguientes:

Nombre	Dosis y hora de toma	Desde cuando lo toma

I. DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre:			
Profesión:		Trabajo actual:	
Estudios realizados:			Edad:
Nombre de la madre:			
Profesión:		Trabajo actual:	

Estudios realizados:

Edad:

- Indique por orden de nacimiento el nombre y fecha de nacimiento de cada uno de los hermanos:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO

- Con quién vive el niño en el momento actual:

.....

.....

.....

(Indique cuántos miembros de la familia viven con el niño: padre, madre, hermanos, abuelos, etc.)

- En caso de que el niño conviva con personas que no pertenezcan a la familia directa indique el nombre y su relación con el niño:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO

- Si el niño no vive con los padres indique cuáles son los motivos:

.....

.....

.....

- Tiene la familia algún problema importante (económico, enfermedad, de pareja o relaciones familiares, etc.):

.....

.....

II. RASGOS EVOLUTIVOS:

A. Embarazo

Nº Embarazo: _____ Edad de la madre cuando quedó embarazada: _____

¿Problemas durante el embarazo? NO SI . **Descríbalos**.....

.....

.....

B. Parto

¿En que mes de embarazo se produjo?.....

¿Fue normal? NO SI ¿Con cesárea? ¿Fórceps?

¿Problemas o complicaciones durante el parto? NO SI **Descríbalos**.....

.....

.....

C. RECIEN NACIDO

PESO AL NACER: _____

Estado de salud del recién nacido: ¿Se detectó alguna anomalía?.....

.....

¿Necesito reanimación o cuidados médicos especiales?.....

.....

¿Presentó algún problema durante los primeros días de vida?.....

.....

¿Recibió algún informe médico al salir de la clínica? NO SI Fotocopia informe

D. PRIMER AÑO

¿Qué tipo de lactancia se utilizó? Materna Mixta Artificial

¿Cuántos meses le duró la lactancia?

¿Tuvo problemas para mamar o deglutir en los primeros días y/o posteriormente? NO SI

¿Tuvo problemas alimenticios en el primer año? ¿Cuáles?

¿Tuvo problemas con el cambio dulce-salado?

Sueño: ¿Daba guerra por las noches? SI NO

¿A qué edad durmió bien?

Actividad: ¿Fue tranquilo o inquieto como bebé?

¿Se movía poco en su cuna? SI NO

¿Estaba siempre muy flácido, flojo, sin fuerza en brazos y piernas SI NO

¿Estaba siempre muy rígido, con brazos y piernas estirados SI NO

OTROS DATOS DE INTERÉS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARA RELLENAR CON EL TERAPEUTA

E. DESARROLLO DEL LENGUAJE

(ver cuestionario anexo)

1. Sonrisa – Sonrisa social (1-3 meses)

2. Dificultades succión, masticación o deglución (1-18)

3. Desarrollo comunicativo preverbal (11/15m-18/24m)

4. Desarrollo vocálico temprano:

A. Sonidos guturales (1-3)

B. Vocalizaciones simples/juego vocal (3-6)

C. Balbuceo duplicado (6-10)

D. Balbuceo no duplicado y jerga expresiva (8-18)

5. Primeras palabras (10-15)

Vocabulario posterior (24m:30/50 –30m:50/100)

6. Primeras frases o combinaciones de palabras (24m:2 –36m:3)

7. Inteligibilidad (30m-48m)

8. Recepción/Comprensión (5-24)

9. Características anómalas

Describe los problemas del lenguaje que ha presentado su hijo:.....

.....

PARA RELLENAR CON EL TERAPEUTA

F. DESARROLLO MOTOR

1. Control de cabeza (2 – 5)

1. Sentado (5-8)

2. Gateo (9– 11)

3. Marcha (12-15)

4. Prensión (4-6)

- ¿Persistió en tirar objetos más allá de los 15 ó 18 meses?.....
- ¿Persistió en llevarse cosas a la boca más allá de los 15 meses?.....
- ¿Se interesó por pulsar botones o explorar objetos con el índice hacia el final de su primer año?.....
- ¿Jugaba con sus juguetes antes del año?.....

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....

A RELLENAR CON EL TERAPEUTA

G. DESARROLLO SOCIAL

(ver cuestionario anexo)

1. **Estados atencionales** (Orientación-Atención EE sociales, Contacto ocular, mirada referencial)

2. **Estados emocionales** (Contagio, comprensión-identificación, expresión, búsqueda de consuelo)

3. **Estados mentales** (Deseos, Intenciones, Opiniones, creencias,etc.)

4. **Habilidades de reciprocidad interactiva y comunicativa** (toma de turnos, Indices de anticipación y demanda, reciprocidad, ..)

5. **Habilidades de interacción social** (adultos, niños)

6. **Imitación social y juego simbólico**

7. **Uso de su cuerpo y de los objetos (estereotipias..)**

III. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

1. Ha padecido o padece algún problema de salud importante? Indique enfermedades relevantes, tratamiento y fecha aproximada: (Alergias, Problemas respiratorios o digestivos, enfermedades de la circulación o del corazón, convulsiones, etc)

2. ¿Ha padecido frecuentemente de los oídos? Indicar la edad y tipo de alteraciones:

3. ¿Le han realizado exámenes de vista y de audición? Indicar resultados:

4. Antecedentes mórbidos familiares: Epilepsia –Deficiencia mental – Retraso o trastorno del desarrollo del lenguaje- Trastornos psiquiatricos-Enfermedades hereditarias-Alcoholismo-Otros trastornos. Indicar si alguno de ellos se han dado en parientes cercanos del niño (bisabuelos, abuelos, padres, tíos, primos, hermanos), mencionando el tipo de trastorno y la persona a la que afectó:

OBSERVACIONES

IV. ANTECEDENTES ESCOLARES Y TERAPEUTICO

1. ¿Ha asistido a alguna escuela infantil o colegio? NO SI

En caso afirmativo rellene los datos siguientes:

CENTRO	<u>FECHA DE INGRESO</u>	FECHA DE SALIDA

2. Razones por las que cambió de colegio:

.....

.....

3. Ha tenido frecuentes ausencias escolares? NO SI
 Especificar causas:

4. Indique si ha recibido o recibe en la actualidad alguno de los siguientes tipos de tratamiento: NO SI Indíquelos:

<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Logopédico	<input type="checkbox"/> Pedagógico		
			FECHA	
<u>TIPO DE TRATAMIENTO</u>	<u>CENTRO / TERAPEUTA</u>	INICIO	FINAL	

V. ESTADO ACTUAL:

A.- AUTONOMÍA

COMIDA

➤ ¿Cómo come el niño? (Indique si come sólo o no, si sólo come molido o triturado, los cubiertos que sabe usar, si su comportamiento en la mesa es adecuado y si come con buen apetito o, por el contrario, hay que obligarle a comer. Si es selectivo y apenas prueba unos cuantos alimentos, indique cuales son las comidas que come)

➤ ¿Necesita alguna dieta o régimen? NO SI

Indique cuál y las causas:

.....

.....

VESTIDO

▪ ¿Se desviste solo? NO SI

▪ ¿Se viste solo? NO SI Algunas prendas ¿Cuáles?

.....

.....

.....

.....

BAÑO Y ASEO

- Control del pis y la caca.
- Aseo de manos y baño. Habilidades de higiene personal y limpieza

AUTONOMÍA EN SU MEDIO AMBIENTE

❖ ¿Colabora realizando recados sencillos dentro del hogar?

❖ ¿Colabora realizando recados sencillos fuera del hogar? SI NO

Otros:

❖ Indique en qué tareas de la casa podría ayudar aunque no lo haga:

.....
.....

B. - CONDUCTAS DURANTE LA NOCHE :

¿A qué hora se acuesta habitualmente? _____ ¿A qué hora se levanta? _____
sin levantarse? SI NO

RITUALES.....
.....
.....

❖ Otros datos:

.....

VI. CONDUCTAS EMOCIONALES:

A. Características de conducta:

¿Qué aspectos del niño son los que más le agradan?.....

.....

.....

¿Qué aspectos del niño son los que más le desagradan?.....

.....

.....

B. – Normas educativas

- Están los padres generalmente de acuerdo en la manera de educarlo.....

.....

.....

.....
.....

- **Siguen unas pautas a la hora de enseñarle o corregirle una conducta o actúan según las circunstancias.....**

.....
.....
.....

- **¿Qué hacen cuando sus hijos se portan mal?**

.....
.....
.....

- **¿Qué hacen cuando se portan bien?**

.....
.....
.....

- **¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que se le castiga?.**

.....
.....
.....

- **¿Motivos más frecuentes por los que usted “pierde los estribos” o se irrita?.**

.....
.....
.....

- **¿Cómo se le castiga? (señale lo que convenga)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ponerle de cara a la pared | <input type="checkbox"/> Reprimendas | <input type="checkbox"/> Decirle que está mal |
| <input type="checkbox"/> Quitándole algo que le gusta | <input type="checkbox"/> Atándolo | <input type="checkbox"/> Se le encierra |
| <input type="checkbox"/> Prohibiéndole ver la T.V. | <input type="checkbox"/> Dándole un cachete | |

Otros: _____

• **¿Cómo se le premia un comportamiento adecuado?**

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Se le alaba | <input type="checkbox"/> Dándole algo de su agrado |
| <input type="checkbox"/> Con caricias | <input type="checkbox"/> Permitiéndole hacer algo |

Otros _____

B. Juego y tiempo libre

- **Tipos de juguetes preferidos**(escriba los juguetes que más le gustan a su hijo y a continuación escriba también objetos reales con los que se entretenga):

- **Tipo de juegos preferidos:**

- **¿Dónde juega** Calle Casa Otros _____

normalmente?

- ¿Con quién juega preferentemente?

A REPLENIR CON EL TERAPEUTA

E. DESARROLLO DEL LENGUAJE

(Anexo lenguaje)

Durante el 1 y 2 mes de vida:

- ¿Emitía sonidos guturales?.....
- ¿Sonreía a rostros familiares?.....
- ¿Se calmaba cuando le hablaban?.....
- ¿Tardo en sonreír más allá de los 2 meses?.....

Durante el 3 y 6 mes:

- ¿Producía algunos sonidos?.....
- ¿Volvía la cabeza cuando escuchaba algún sonido?.....

Entre los 7 y los 12 meses:

- ¿Producía variedad de sonidos combinados en forma de balbuceo?.....
- ¿Prestaba atención cuando se le hablaba?.....

Entre los 10 y los 15 meses:

- ¿Se comunicaba con vocalizaciones a modo de jerga ?.....
- ¿Comenzó a decir alguna palabra?.....
- ¿Decía adiós?.....
- ¿Comprendía algunas palabras que usted le decía (¿dónde está papá?, “a comer” o algún nombre de objeto o persona)?.....
- ¿Parecía no oír?.....

En torno a los 15 meses:

- ¿Usaba gestos para expresar lo que quería?.....¿Cómo le pedía las cosas?.....
- ¿Usaba gestos para mostrarle algo o a alguien?.....¿Señalaba llamándole la atención sobre algo?.....
- ¿Cuándo comenzó su hijo/a a usar gestos para comunicarse?.....
¿Y a señalar?.....

Entre los 2 y los 3 años:

- ¿Aprendió a usar muchas palabras nuevas?.....¿Se le entendía lo que decía?.....
- ¿Empezó a utilizar frases de dos y tres palabras?.....¿Cuándo?.....
- ¿Cómo piensa que era su comprensión del lenguaje?.....

A RELLENAR CON EL TERAPEUTA

G. DESARROLLO SOCIAL

(anexo social)

- En sus primeros meses de vida, cuándo le estaban alimentando o hablando, ¿miraba a la cara del adulto?.....¿Le sonreía cuando se inclinaba sobre él sonriéndole, hablándole o acariciándole?
 - ¿A qué edad recuerda usted que le sonreía (6-8 semanas)?
 - ¿Se mostraba alegre o interesado por la presencia de las personas familiares?.....
 - ¿Cuándo comenzó a masticar?.....¿Recuerda si comía galletas o trocitos de alimentos en torno a los 6-8 meses?.....
 - Entre los 8 y los 12 meses comenzó a protestar o a recelar de los extraños?..... ¿Cuándo comenzó a hacerlo?.....
 - Antes del año (6 meses) ¿Se anticipaba a los acontecimientos normales de preparación de comidas o al ir de paseo?.....
 - En la segunda mitad de su primer año, ¿Tendía los brazos para que le cogieran?.....¿Le gustaban los juegos de “cucu-tras” y de “palmitas”?.....¿Decía “Adiós” con la mano?.....
 - Entre los 15 y 18 meses ¿Le gustaba señalarle todo aquello que llamaba su atención?.....¿Le mostraba cosas?.....
 - ¿Cuándo comenzó a interesarse por los otros niños?.....¿Y a jugar con ellos?.....
 - ¿Presentó algún problema de conducta o comportamiento extraño durante sus primeros años?.....
-
-

Describa su comportamiento social (sociable, cariñoso, tímido, independiente):

--	--	--	--

(1) Colegio, calle, casa, parque, ect.

(2) personas que suelen estar con él: padre, madre, hermanos, amigos, vecinos, etc