



HISTORIA PERSONAL

INGRESA A SALA:.....

TURNO:.....

AÑO: 2021

FECHA:...../...../.....

- DATOS DEL ALUMNO/A-

NOMBRE Y APELLIDO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:

DNI:..... NACIONALIDAD:.....

DOMICILIO:..... TEL:.....

-GRUPO FAMILIAR:

	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Estudios cursados	Ocupación Actual
Madre						
Padre						
Hermana/o						
Hermana/o						
Hermana/o						
Hermana/o						
Hermana/o						

1) ¿Quiénes viven en casa con el niño/a?

.....
.....

2) ¿Dónde viven? Marque con una cruz

- CASA.....
- DEPARTAMENTO.....
- HOTEL/PENSIÓN.....
- OTROS.....

3) ¿Al cuidado de quién está el niño/a durante el día?

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

4) ¿Hubo durante el último tiempo algún suceso de importancia en el contexto familiar?
(Nacimientos, Fallecimientos, Mudanzas, Separaciones, Desempleos, Etc)

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

5) ¿Cómo marcan los límites en casa? ¿Quién los pone?

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

6) ¿Cómo responde el niño a los límites que se le señalan?

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

HISTORIA VITAL

7) ¿Hubo algún suceso importante durante el embarazo? (Duelos, accidentes, enfermedades, mudanzas, crisis económicas, afectivas, otros...)

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

8) ¿Cómo fue el parto? (Natural, cesárea, etc). ¿Hubo algún tipo de complicación? ¿Cuál?

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

9) ¿Tomó pecho?..... ¿Hasta qué edad?.....

10) ¿Tomó mamadera?..... ¿Hasta qué edad?.....

11) ¿Usó chupete?..... ¿Hasta qué edad?.....

12) ¿A qué edad comenzó a caminar?.....

13) ¿A qué edad comenzó a hablar?.....

14) ¿Se expresa con claridad o presenta alguna dificultad al hablar? (Dificultades de pronunciación, tartamudeo, etc)

.....

15) ¿A qué edad dejó los pañales?.....

16) ¿Durante la noche controla esfínteres?.....

17) ¿Se maneja con autonomía para ir al baño, bañarse, lavarse, etc?.....

18) ¿Cuántas horas duerme por día?.....

19) ¿Con quién comparte el cuarto el niño/a?.....

CARACTERISTICAS DEL NIÑO

20) Describa brevemente cómo es su hijo/a.

.....

.....

.....

21) ¿Cuáles son los juegos preferidos?

.....

.....

.....

22) ¿Cómo son sus juegos? (Activos, pasivos, tranquilos, bruscos. Juega solo o acompañado)

.....

.....

.....

23) ¿Ve T.V? ¿Qué programas? ¿Cuánto tiempo?.....

.....

24) ¿Realiza actividades extra-escolares? ¿Cuál?

.....

.....

25) Marque con una (x) qué dolencias/enfermedades tuvo o tiene:

	EDAD	EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES
ERUPTIVAS ¿CUÁLES?		
EPILEPSIA		
CONVULSIONES		
DOLORES DE OIDOS		
DIARREAS		
ALERGIAS ¿A QUÉ?		
BRONCOESPASMOS		
ASMA		
OTRAS		

26) Accidentes: ¿A qué edad? ¿De qué tipo?.....

.....

27) Operaciones: Tipo- Edad- Complicaciones.....

28) ¿Está tomando alguna medicación?..... ¿Cuál?.....

29) ¿Realiza visitas periódicas al Pediatra?.....

30) ¿Realiza visitas periódicas al Dentista?.....

31) ¿Realiza visitas periódicas al Oculista?.....

32) ¿Presenta alguna dificultad de visión o de audición?.....Cuál?.....

33) ¿Realizó o realiza algún tipo de tratamiento? (Psicológico, Fonoaudiológico, Neurológico, Psiquiátrico etc). Consignar nombre y apellido del profesional y teléfono.

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES ESCOLARES

34) Escolaridad

		ESCUELA	MOTIVO DEL CAMBIO
INICIAL	MATERNAL		
	SALA DE 2 AÑOS		
	SALA DE 3 AÑOS		
	SALA DE 4 AÑOS		
	SALA DE 5 AÑOS		

35) ¿Presenta o presentó dificultades de conducta?.....

36) ¿Recurso alguna sala?.....

37) Adjunte en este apartado toda información que considere significativa y que haya escapado a las preguntas formuladas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Padre / Madre / encargado o tutor:

Firma del Padre / Madre / encargado o tutor:

- Aclarar las firmas