



## HISTORIA CLÍNICA

### Datos Personales

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

Diagnóstico preexistente: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Nombre de la mamá:

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del papá:

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Datos en caso de emergencia

Nombre:

\_\_\_\_\_

Parentesco:

\_\_\_\_\_

Teléfonos:

\_\_\_\_\_

Segundo contacto de emergencia:

Nombre:

\_\_\_\_\_

Parentesco:

\_\_\_\_\_

Teléfonos:

\_\_\_\_\_

## Situaciones de emergencia

Situación de emergencia a la que pudiera estar expuesto el paciente durante la terapia:		
Tipo	Descripción	Procedimiento de atención
<input type="checkbox"/> Alergias		
<input type="checkbox"/> Enfermedad		
<input type="checkbox"/> Reacción a algún medicamento		
<input type="checkbox"/> Trastorno		
<input type="checkbox"/> Situación médica de control		

## Descripción clínica

Motivo de la consulta
-----------------------

	Descripción
Posible causa de la dificultad	
Cuándo fue detectado	
Asistencia a algún tipo de apoyo terapéutico	



**Dinámica familiar**

Número de hermanos <input type="text"/>				
Nombre	Edad	Escuela	Grado Escolar	Descripción de la relación con su hermano (a)
Descripción de la convivencia con su hermano (a)				

Otras personas con las que convive en casa

Actividades que realizan los fines de semana:

---

---

---

---

---

---

---



Circula o subraya según corresponda

- ¿Existe algún cambio reciente en la dinámica familiar:

Embarazo, mudanza, luto, trabajo otro: \_\_\_\_\_

- Deportes que practica:

Natación, karate, futbol, gimnasia, basquetbol, atletismo, danza, baseball, otro:  
\_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia los practica?

Diario, una vez por semana, dos veces por semana, tres veces por semana,  
otro: \_\_\_\_\_

- Pasatiempos:

Dibujo, arte, coleccionar, deporte, videojuegos, videos, ajedrez, robótica,  
idiomas, otro: \_\_\_\_\_

**Situación actual:**  
**Marca con una X**

Alimentación	
Apetito Describe:	Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Forzado _____
Dieta especial Describe:	SI _____ NO _____
Alergia alimenticia Describe:	SI _____ NO _____





## **Antecedentes heredofamiliares**

### **Subraye**

¿Algunas de las siguientes condiciones se han manifestado o siguen presentes en la familia del paciente? De ser así especifique cual.

Malformaciones, enfermedades crónicas, enfermedades agudas recurrentes, alergias, obesidad, alteración del lenguaje, aprendizaje, dificultades cardiovasculares, epilepsia, trastorno del desarrollo, enfermedades psiquiátricas, retraso intelectual, autismo, hipoacusia, adicciones.

---

Especifique:

---

---

## **Antecedentes del Desarrollo**

Embarazo	
Semanas de gestación	
Mamá sufrió abortos	SI NO
Embarazo planeado	SI NO
Embarazo de alto riesgo	SI NO
Embarazo por tratamiento de fertilidad	SI NO
Especifique:	

¿Presentó enfermedades durante el embarazo? Describa:

---

---

---

Mencione los medicamentos tomados durante el embarazo:

---

---



**Marque con una X**

¿Se presentó alguna de las condiciones siguientes?

Traumatismo \_\_\_\_\_

Sangrados \_\_\_\_\_

Problemas por ingerir alcohol o tabaco \_\_\_\_\_

Preclampsia \_\_\_\_\_

Estrés \_\_\_\_\_

Vómito o náuseas \_\_\_\_\_

Información adicional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parto**

Natural, cesárea

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

Sufrimiento fetal: SÍ NO

APGAR: \_\_\_\_\_

Lloró al nacer: SÍ NO

**Antecedentes peri-pos natales**

Ictericia \_\_\_\_ Anoxia \_\_\_\_ Reflujo \_\_\_\_ Hemorragia \_\_\_\_\_

Dificultad respiratoria \_\_\_\_\_ Transfusiones \_\_\_\_ Dificultad de  
deglución \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lenguaje**

Habilidad	Edad	Ejemplos
Baluceo		
Primeras palabras		
Frasas de dos palabras		
Oraciones completas		
Sigue instrucciones simples		
Sigue instrucciones complejas		
Mantiene un diálogo		

**Marque con una X**

Las siguientes personas entienden lo que dice:

Padres \_\_\_\_\_ hermanos \_\_\_\_\_ amigos \_\_\_\_\_ maestros \_\_\_\_\_

Desconocidos \_\_\_\_\_

**Comportamiento lingüístico**

¿Emplea palabras extrañas o en otro idioma al hablar? Mencione un ejemplo:

SI NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

¿Comenzó a hablar y dejó de hacerlo? SÍ NO

De ser así ¿A qué edad sucedió? \_\_\_\_\_

Habla en tercera persona: SÍ NO

Presenta ecolalia (Repite lo mismo que se le dijo): SÍ NO

Manifiesta movimientos estereotipados: SÍ NO

Presenta comportamientos obsesivos y/o repetitivos : SÍ NO

Hipersensibilidades sensoriales SÍ NO



(auditivas, gustativas , visuales)Describa:

---

---

¿Realiza sonidos extraños o pronuncia de manera incorrecta algunas palabras? SÍ NO Describa:

¿Tartamudea al hablar?

SÍ NO

**Voz**

Timbre: adecuado \_\_\_\_\_ ronca \_\_\_\_\_ nasal \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

Intensidad: adecuado \_\_\_\_\_ fuerte \_\_\_\_\_ débil \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

---

Tono: adecuado \_\_\_\_\_ desplazado al agudo \_\_\_\_\_ desplazado al grave \_\_\_\_\_

**Audición**

¿Comprende lo que se le dice?	
¿Mira los labios de quien habla?	
¿Se orienta bien ante el sonido?	
¿Debe repetirle varias veces un pedido o llamado?	
¿Parece estar siempre distraído?	
¿Tiende a ser callado o conversador?	
¿Se ha realizado audiometría?	
¿Ha acudido a consultas con otorrino laringólogo	

Dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Audiólogo: \_\_\_\_\_



## **Motricidad**

### **Alimentación y hábitos orales**

Habilidad	Edad	Observaciones
Alimentación materna		
Biberón		
Inició semisólidos		
Inició con sólidos		
Uso de vaso entrenador		
Uso de cuchara, vaso, popote		
Usó chupón		
Succión dedo		
Primer diente		
Problemas masticación, rechazo, vómitos, babeo		

Habilidad	Edad	Observaciones
Control de cabeza		
Rodó por primera vez		
Se quedó sentado solo		
Gateó		
Se paró solo		
Caminó solo		
Control de esfínteres		

<b>Enfermedades infantiles</b>	<b>Edad</b>	<b>Enfermedades infantiles</b>	<b>Edad</b>
Varicela, Roséola, Hepatitis, Rubéola, Sarampión, Viruela		Respiratorias (Adenoides, rinitis, Sinusitis, Amigdalitis)	
Anemia		Intestinales	
Alergias		Alteraciones de piel	
Convulsiones		Dolor de cabeza	
Reflujo		Problemas visuales	
Dolor oídos		Obstrucción tubaria, Supuración oídos, otitis	

Cirugías:

---

Tratamiento y medicamentos previos o actuales:

---

---

¿Le han realizado estudios neurológicos? Especifique:

---

---

### **Juego y Socialización**

Muestra dificultad para socializar con otros niños: SÍ NO

Presenta juego simbólico: SÍ NO

Su juego es mayormente solitario: SÍ NO

Se integra a juego de reglas y turnos: SÍ NO más de 24 meses

Baja tolerancia a la frustración: SÍ NO

Toma turnos: SÍ NO

Usa lenguaje verbal mientras juega: SÍ NO



Describa brevemente cómo juega normalmente:

---

---

---

**Situación Escolar**

¿A qué escuela acude? \_\_\_\_\_

¿En qué grado se encuentra? \_\_\_\_\_

¿Ha repetido grado escolar?  
\_\_\_\_\_

¿Ha cambiado constantemente de centros escolares? ¿Sí, no por qué?  
\_\_\_\_\_

¿Cómo es su relación con sus  
compañeros? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su rendimiento académico?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta dificultades de conducta y/ socialización en la escuela?  
\_\_\_\_\_

¿Requiere de la realización de adecuaciones curriculares?  
\_\_\_\_\_

¿Requiere de apoyo de un monitor o sombra?  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus mayores retos dentro del centro escolar?  
\_\_\_\_\_

Otros comentarios:



---

---

**Características Individuales y relación afectiva**

Describe brevemente la personalidad de su hijo

---

---

Mencione 3 de sus fortalezas

---

---

Mencione 3 de sus áreas de oportunidad

---

---

¿Considera que su hijo le presta atención y sigue instrucciones?

---

Mi hijo es:

**Marcar con X**

Agresivo	Desobediente
Inquieto	Cariñoso
Tímido	Divertido
Berrinchudo	Tranquilo

Gustos y pasatiempos del paciente:



Color favorito: \_\_\_\_\_

Caricatura preferida: \_\_\_\_\_

Deporte preferido: \_\_\_\_\_

Canción favorita: \_\_\_\_\_

Pasatiempo preferido: \_\_\_\_\_

Animal favorito: \_\_\_\_\_

Miedos: \_\_\_\_\_

### **Dinámica familiar**

Describe brevemente la dinámica familiar habitual en: (Horarios, actividad, personas involucradas)

<b>Día entre semana</b>	<b>Fin de semana</b>

Hago constar que lo que aquí se revela es verídico y no he omitido información relevante para el tratamiento en curso. Estoy enterado que lo que aquí expuesto es confidencial y para uso exclusivo del profesional competente:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma