



Centro Ann Sullivan del Perú

Calle Petronila Álvarez N°180, 5ta. Etapa Urb. Pando
San Miguel, Lima 32, Perú
Teléfonos: (51-1) 263-6296 (51-19 263-4880 Fax 851-1) 263-1237
Correo Electrónico: annsullivan@annsullivanperu.org
Liliana Mayo, Ph.D., Fundadora y Directora General
Página Web: <http://www.annsullivanperu.org>



CASPAN-CTE-

Centro Ann Sullivan Panamá

Avenida Balboa y Avenida Ecuador, Corregimiento de Calidonia
Teléfonos: (507) 225-7419
Correo Electrónico: centroannsullivan.panama@gmail.com

HISTORIA CLINICA

Bebes hasta 1 año

Les damos la Bienvenida a nuestro Centro y les agradecemos por solicitar nuestros servicios. Le pedimos por favor, llenar la siguiente información sobre su bebe y familia tan detallada como le sea posible.

Mil gracias amigos, trataremos de ayudarlos en todo lo que podamos.

Incluya por favor una fotografía reciente de su hijo(a). La fotografía nos ayuda a conocer a su hijo(a) y a recordarlo en una siguiente entrevista.

Fecha _____

Nombres y apellidos de su hijo(a)

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Cédula

Dirección: _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Celular _____

Email: _____

Lugar que ocupa entre hermanos _____

Datos familiares:

	Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Cédula
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre de persona que da la información _____

Parentesco: _____

Datos Familiares

¿Con quién vive su hijo en la actualidad?

Ambos padres __, Madre __, Padre __, Abuelos maternos __, Abuelos paternos __, Tíos __,

Tutor, __ Otros __, nómbrelo _____

Estado civil, actual de los padres:

Casados __, Separados __, Unidos __, Divorciados __, Viudos __,

Tiene otro compromiso: Madre __, Padre __.

¿Cómo se enteró de nuestro Centro? _

Por periódico___, por T.V ___, por familiar ___, por médico___, por vecino___, por seminarios___, por propagandas___, otros___.

Si es una persona, nómbrelo por favor: _____

¿Cuál es el diagnóstico que le han dado de su hijo(a)?

Autismo___, Síndrome de Down___, Retardo Severo___, Retardo Moderado___, Retardo Leve, Parálisis Cerebral___, Síndrome de Rett___, Problemas de Aprendizaje___, Problemas en el habla___, Otros: _____

Viene en busca de diagnóstico?

Sí___ No___

Viene en busca de una confirmación del diagnóstico dado?

Sí___ No___

Viene en busca de educación para su hijo, aquí en el Centro

Sí___ No___

¿Cuál es el problema principal que Ud. observa o que le preocupa más?

Sus conductas auto agresivas___, Su lenguaje ecolálico (repite todo)___, Sus conductas auto estimulatorias (repetitivas)___, Su falta de lenguaje___, Su aprendizaje lento___, Su dependencia hasta para la tarea más simple___, Su hiperactividad___, Su falta de atención, Otros___, nómbrelo _____

¿Su hijo(a) presenta conductas agresivas? Sí___ No___

¿Cuáles son?

Patea___, Jala los cabellos___, Muerde___, Pellizca___, Escupe___, Da manotazos___, Da puñetazos___, Tira lo que tiene a la mano___, Rompe muebles___, Rompe vidrios de ventanas___, Intenta destruir toda la casa___, Otros___, nómbrela _____

¿En que situaciones presenta conductas agresivas?

Quiere algo___, No le dan lo que quiere___, Sin motivo alguno___, Se le pide hacer una tarea, Se le cambia la actividad___, Otro___, nómbrela _____

¿Cómo usted corrige estas conductas agresivas?

Hablándole en tono calmado___, Gritándole___, Pegándole___, Entreteniéndolo con la actividad que más le gusta___, Prometiéndole dulces___, Dándole lo que quiere___, Encerrándolo en su cuarto___, Otros___, nómbrela _____

¿Su niño (a) se resiste a seguir ordenes? Sí___ No___

¿Qué tipo de castigo usa?

Con correa___, Con palo___, Cachetadas___, Jalones de cabello___, Jalones de oreja, Nalgadas___, Pellizcos___, Puñetazos___, Otros___, nómbrelos _____

¿Cómo corrige las otras conductas inadecuadas de su hijo (a)?

Hablándole en tono calmado___, Gritándole___, Pegándole___, Entreteniéndolo con la actividad que más le gusta___, Prometiéndole dulces___, Dándole lo que quiere___, Encerrándolo en su cuarto___, Otros___, nómbrela _____

¿Qué medicación está tomando actualmente?

Nombre de la medicina	Dosis que toma	Porqué toma esa medicina?	Le hace bien?
_____	_____	_____	Si ___ No___
_____	_____	_____	Si ___ No___

Si ___ No ___

¿Alguna de las medicinas anteriormente mencionadas tienen efectos secundarios que le gustaría mencionarnos?

Pérdida de apetito __, Aumento de apetito __, Nauseas __, Vómitos __, Dificultades para dormir __, Irritabilidad __, Demasiado tranquilo __, Agitado __, Aturdido __, Otros:

¿Ha estudiado su niño(a) en otros Centros? Sí ___ No ___

Si su respuesta es Sí, por favor escriba los otros centros donde ha estado niño(a).

	Nombre del Centro	Fecha en que estudió
1.-	_____	_____
2.-	_____	_____

¿Ha visitado otros Centros y no lo han aceptado? Sí ___ No ___

¿Cuál es la pregunta que más se hace Ud. con respecto a su niño(a)?

¿Se recuperará totalmente? __, ¿Podrá valerse por sí mismo? __, ¿Podrá aprender? __, ¿Podrá hablar? __, ¿Podrá integrarse en un colegio regular? __, Otros __, nómbrelo

HISTORIA MÉDICA.

I. EMBARAZO

1. ¿Cuál fue el número de embarazo con su hijo? 1ro __, 2do __, 3ero __, 4to __, 5to __, 6to __

2. Cuando estaba embarazada tenía:

Manchas o hemorragias __, Excesivo peso __, Vómitos muy continuos __, Presión Alta __, Sarampión __, Varicela __, Paperas __, Infección __, Accidente __, Operación __, Se expuso a Rayos X __

Es usted: Diabético __, RH Negativo __, ¿Tuvo otros problemas con su embarazo? __

Nómbrelo: _____

II. NACIMIENTO: Parto

Normal __, Fórceps __, Cesárea __, Con desgarramiento __, Fue prematuro __, Nacimiento múltiple: Gemelos __, lloró inmediatamente __, necesitó oxígeno __, fue colocado en incubadora __, tuvo dificultades al mamar la leche __, lloró la primera vez que se le dio de lactar __, Otros, especifique _____

Peso del recién nacido: Libras _____ Onzas _____

III. SALUD

1. La salud general de su hijo es Buena __, regular __, Mala __.

2. ¿Su hijo ha tenido convulsiones y ya no las presenta en la actualidad? Sí ___ No ___

3. ¿Su hijo(a) tiene convulsiones en la actualidad o en los últimos 6 meses? Sí ___ No ___

¿Cómo son éstas convulsiones? ausencias __, pérdida de conocimiento __, con movimientos en todo el cuerpo __, con movimientos en una parte del cuerpo __, de corta duración __, De larga duración __, Otros __, nómbrela _____

IV. HISTORIA DEL DESARROLLO

1. A qué edad su hijo hizo lo siguiente:

Control de cabeza _____

Sentarse solo _____

Gatear _____

Pararse solo _____

Empezar a caminar _____

V. HISTORIA DE HABILIDADES DEL LENGUAJE

1. A qué edad su niño balbuceó _____

2. A qué edad su niño dijo las primeras palabras _____

3. Anote las palabras actuales _____

4. Si no dice palabras, cómo intenta comunicarse?

Con la mirada __, Con gestos de las manos __, Balbuceando __, Llevando de la mano __,

Otros __, nómbrelo _____

VI. CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA

1.- ¿Algunas de las características siguientes describen a su niño(a)?

Tiene hábitos nerviosos como: chuparse el dedo __, morderse las uñas __, No tolera la

frustración __, Mencione las situaciones en que se frustra: _____

Miedos extraños y persistentes __, Problemas alimenticios __, Pataletas cuando no le dan lo que quiere __, Se golpea la cabeza __, Llantos frecuentes __, Autoagresión __, Resistencia a los cambios (rutinas, objetos, alimento) __.

2.- ¿Cuáles son los puntos fuertes de su hijo? ¿Qué es lo que su niño(a) hace bien?

VII.- HISTORIA FAMILIAR:

Perfil de la familia:

1.-En la familia, hay o hubo algún caso de personas con :

Enfermedades psiquiátricas __, Epilepsia o convulsiones __, Retardo Mental __, Dificultad para aprender a leer __, Aparición tardía del habla __, Problemas del habla __, Dificultades auditivas __, Depresiones __, No hay ningún caso __.

Este problema tiene ascendencia? Sí __ No __

La ascendencia es paterna: papá __, mamá __.

La ascendencia es materna: papá __, mamá __.

2.- Cómo se lleva su hijo con sus hermanos? Bien __, regular __, mal __.

3.- ¿Cómo describiría la relación de Uds. como padres con su hijo? buena __, regular, mala __.

VIII. INFORMACIÓN DE RUTINAS DE SU NIÑO(A):

¿A qué hora se levanta? _____

¿A qué hora se acuesta? _____

Duerme bien en la noche __, Se despierta varias veces en la noche __, Duerme en la cama con él o ella __, ¿Quién duerme en la misma cama con el o ella? _____

Se le da de comer___, Todo hay que hacerle___ , Hay que cuidarlo todo el tiempo___, Lo saco a todos lados conmigo___.

Tengo fé en que saldrá adelante Sí ___ No ___

Papá y mamá necesitamos ayuda, no sabemos qué hacer. Sí___ No ___

¿Con quién está siempre su niño(a): Papá___ , Mamá ___ , Tía___ , Abuelos ___

Otros _____

La relación con esta persona es: Muy Buena___ , Buena___,

Regular___ , Puede mejorar___.

Si Ud, está fuera de casa por alguna razón, quién se queda con su niño(a)?

Describa cómo es un día común

Hay algo más que le gustaría decirnos antes de que veamos a su niño(a)?

Mil gracias por tomarse el tiempo para de completar esta ficha. La información será muy útil para determinar de qué manera se puede ayudar mejor a su hijo(a) y familia. Recuerde ser puntual en su cita.