



Favor responder todas las preguntas

Fecha _____

1. DATOS PERSONALES

Nombre del niño (a) _____

Lugar nacimiento _____ Fecha Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Edad _____ Profesión _____

Lugar de trabajo _____ Dir. _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Profesión _____

Lugar de trabajo _____ Dir. _____ Teléfono _____

Hermanos: Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Lugar que el alumno ocupa entre ellos _____

Ha estado en otros jardines? No _____ Si _____ A qué edad ingresó al Jardín? _____

En cuáles? Nombre _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha _____

2. HISTORIA PRENATAL

El niño(a) es adoptivo? Sí _____ No _____ A qué edad fue adoptado? _____

Observaciones _____

El embarazo fue a término? Sí _____ No _____

En caso contrario especifique semanas de gestación a las cuales nació _____

En qué posición venía el niño(a)? _____

Parto: Natural _____ Cesárea _____ Motivo de la cesárea _____

Fue un parto difícil? No _____ Si _____ Prolongado _____ Circulares de cordón _____ Otros _____

Forceps? Sí _____ No _____ Anoxia? Sí _____ No _____

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____

La madre tuvo una experiencia traumática (accidente); física (enfermedad); psicológica (emocional) durante el embarazo? Sí _____ No _____ Cuál? _____

3. HISTORIA DE DESARROLLO

Recibió el niño(a) alimentación materna? Sí _____ No _____ Hasta qué edad _____

Hasta qué edad tomó tetero? _____

A qué edad aproximadamente:

Sostuvo la cabeza _____

Gateó _____

Caminó _____

Se sentó _____

Corrió _____

Balbuceó _____

Dijo su primera palabra _____

Dijo su primera frase _____

Control de esfínteres (edad)

Uretral: Diurno _____

Nocturno _____

Anal: Diurno _____

Nocturno _____

Cómo fue el gateo?

“Cuatro patas” _____ Sentado _____

No gateó _____

Cuando habló, otras personas diferentes a la madre pudieron entender su conversación? Sí _____ No _____

4. HISTORIA DE SALUD

Qué enfermedades ha tenido: _____

Ha requerido Hospitalización? Sí _____ No _____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Ha presentado fiebres altas? Sí _____ No _____ Ha convulsionado? Sí _____ No _____ Causas: _____

Ha requerido exámenes:

Oftalmológicos: Sí _____ No _____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Otorrinolaringológico: Sí _____ No _____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Psicológico: Sí _____ No _____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Fonoaudiológico: Sí _____ No _____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Neurológico: Sí _____ No _____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Observaciones: _____

Hay miembros en su familia que hayan tenido dificultades en:

Lenguaje _____ Lectura _____ Audición _____ Enuresis _____ Otros _____

Quiénes: _____

5. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Tiene tendencias nerviosa? Sí _____ No _____

