



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-BD02

Centro Ann Sullivan Panamá

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

HISTORIA CLINICA

Agradecemos llenar la siguiente información sobre su hijo (a) y familia, con el mayor detalle 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 _____

1. Nombres y apellidos de su hijo(a)

2. Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Cédula: _____

3. Dirección: _____

4. Teléfono de Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Email: _____

5. Lugar que ocupa entre hermanos _____

6. Datos familiares:

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

7. Nombre de persona que da la información _____ Parentesco;

Descripción de su hijo (a).

8. Escriba, por favor, un párrafo que describa mejor a su hijo (a), incluyendo los puntos fuertes y débiles.

Datos Familiares

9. ¿Con quién vive su hijo en la actualidad?

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

Tutor __, Otros __, nómbrelo _____

10. Estado civil y actual de los padres:

Casados___, Separados___, Unidos___, Divorciados___, Viudos___,
Tiene otro compromiso: Madre___, padre___.

11. ¿Conoce usted, el Centro Ann Sullivan, Panamá?

si __, no ___

Si su respuesta es **si**, indique **cómo**: _____

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

Autismo___, Síndrome de Down___, Retardo Severo ____, Retardo Moderad ____, Retardo
Leve___, Parálisis Cerebral___, Síndrome de Rett___, Problemas de Aprendizaje___,
Problemas en el habla, __Otros: _____

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

Sus conductas agresivas___, Sus conductas auto agresivas ____, Su lenguaje ecológico
(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 _____

14. ¿Su hijo(a) presenta conductas agresivas? __Sí __No

¿Cuáles son?

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

15. ¿En qué situaciones se presentan sus conductas agresivas

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

16. ¿Cómo usted corrige estas conductas agresivas?

Hablándole en tono calmado___, Gritándole___, Pegándole___, Entreteniéndole con la
actividad que más le gusta___, Prometiéndole dulces___, Dándole lo que quiere___,
Encerrándolo en su cuarto, __Otros___, nómbrela _____

17. ¿Su hijo (a) se resiste a seguir ordenes? Sí___ No___

18. ¿Cómo hace Ud, para que le obedezca?

Hablándole en tono calmado___, Gritándole___, Pegándole___, Prometiéndole dulces___,
Dándole lo que quiere___, Otros___, nómbrela _____

19. ¿Usted castiga físicamente a su hijo(a)? Si___ No___

20. ¿Qué tipo de castigo usa?

Con correa___, Con palo___, Cachetadas___, Jalones de cabello___, Jalones de oreja ____,
Nalgadas ____, Pellizcos___, Puñetazos___, Otros___, nómbrelo _____

21. ¿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 _____

HISTORIA MEDICA.

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?

Nómbrelos: _____

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. HISTORIA MÉDICA

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 PRINCIPAL DEL DESARROLLO

1. A qué edad su hijo hizo lo siguiente:

Sentarse solo _____

Gatear _____

Pararse solo _____

Empezar a caminar _____

V. HISTORIA DE LAS HABILIDADES DEL LENGUAJE

1. A qué edad su hijo balbuceó _____

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

3. Anote las palabras actuales _____

4. A qué edad su hijo empezó a combinar las palabras, _____

Anote las frases actuales: _____

5. El habla de su hijo es difícil de comprender Sí __, No __

6. Su hijo sube el volumen del televisor Sí __, No __

7. Durante los años preescolares, su hijo perdió el interés de hablar Sí __, No __,
¿Qué edad tenía? _____
8. Si el habla de su hijo es lento en el desarrollo, cómo intenta comunicarse?
Con la mirada __, Con gestos de las manos __, Balbuceando __, Hablando como bebe,
Llevando de la mano __, Otros __, nómbrelo _____
9. Su hijo sólo habla con Ud., cuando necesita algo Si __, No __
10. Usa solo frases _____ Oraciones _____ Responde preguntas _____
11. Su hijo alguna vez ha tenido terapia de lenguaje Sí __, No __, Si es afirmativo, dónde y por cuánto tiempo?

VI. CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA

1.- Algunas de las características siguientes describen a su hijo?
Tiene hábitos nerviosos chuparse el dedo __, morderse las uñas __, No tolera la frustración,
enumere las situaciones en que se frustra: _____

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

2.- Cuáles son los puntos fuertes de su hijo? ¿Qué es lo que su hijo(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 __, Dificultad para deletrear __, 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 __.
- 4.- ¿A cuál de los padres u otras personas su hijo obedece? Papá __, Mamá __, abuelos __, tíos __, primos __, empleados __.
- 5.- ¿Cómo se lleva su hijo con otros niños (a parte de sus hermanos)? Bien __, regular __, mal __.
- 6.- Cómo se lleva su hijo con otros adultos (aparte de los padres) Bien __, regular __, mal __

VIII. INFORMACIÓN DE RUTINAS DE SU HIJO:

¿A qué hora se levanta? _____
¿A qué hora se acuesta? _____
Duerme bien en la noche __, Se levanta varias veces en la noche __, Duerme en la cama con él o ella __, Quién duerme en la misma cama con él o ella? _____
Se le da de comer __, Hay que hacerle todo __, Va solo (a) hacer sus necesidades en el baño __, Ayuda en la casa __, Hay que cuidarlo todo el tiempo __, Lo saco a todos lados conmigo __, Sabe leer y escribir.

(*) si se repite de generación en generación en la familia de la mamá o en la familia del papá.

Tengo fé en que saldrá adelante Sí __, No __
Papá y mamá necesitamos ayuda, no sabemos qué hacer. Sí __, No __.

¿Qué cosas yo sola (o) le he enseñado a mi hijo(a) sin ninguna ayuda?

¿Qué es lo que más le gusta a su hijo (a) en comidas, juguetes o actividades?

Qué habilidades ve en su hijo(a) que le llaman la atención?

Hay algo más que le gustaría decirnos antes de que veamos a su hijo (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. Traer una muda de ropa, útiles de aseo, un refrigerio ligero y una foto pequeña de su hijo.