 Fundación Chaminade

 Colegio Parroquial San Miguel

 Dirección

*“El sí de la familia marianista”*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| San Miguel,  |  | de |  | de 2020 |

**FICHA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**ENTREVISTA ESCRITA A LA FAMILIA/ANAMNESIS**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:**
2. **Información de identificación:** (completar en el espacio asignado)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | F |  | M |  |
| Fecha de Nacimiento: |  | Edad actual:  |  años |  meses | País natal: |  |
| Domicilio actual: |  | Comuna: |  |
| Teléfono:  |  | Curso actual: |  |

1. **Lenguaje utilizado por el estudiante:** (Responde solo Sí / No, en la casilla)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspecto/ grado dominio:** | Comprende | Habla | Lee | Escribe |
| Lengua Materna: |  |  |  |  |
| Lengua de uso: |  |  |  |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE:** (Responda en el espacio correspondiente)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Relación con el estudiantes: |  |

1. **ANTECEDENTES RELATIVOS AL DESARROLLO Y A LA SALUD DEL/LA ESTUDIANTE:**
2. **¿El o la estudiante tiene algún diagnóstico previo?:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pediatría: |  | Psicología: |  | Fonoaudiología: |  |
| Kinesiología: |  | Psiquiatría: |  | Neurología: |  |
| Genético: |  | Psicopedagogía: |  | Terapia ocupacional: |  |
| Otro: |  |  |

1. **Primer año de vida:**

**a. Tipo de Parto:** (marque con una **X,** según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Normal | Inducido | Fórceps | Cesárea |
|  |  |  |  |

**b. Si fue cesárea, por favor indique el motivo:**

|  |
| --- |
|  |

**c. Peso/talla al nacer:** (por favor, indique con números)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Peso:**  | Kgs. | **Talla:** | mts. |

**d. Tuvo asistencia médica durante el parto:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí:**  |  | **No:** |  |

**e. Señale antecedentes relevantes del embarazo y parto:** (describa breve y específicamente)

|  |
| --- |
|  |

**f. Señale si durante los doce primeros meses de vida el niño o niña presentó:** (marque con una **X,** según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No |  | Sí | No |  | Sí | No |
| Desnutrición: |  |  | Traumatismo: |  |  | Encefalitis: |  |  |
| Obesidad: |  |  | Intoxicación: |  |  | Meningitis: |  |  |
| Fiebre alta: |  |  | Enfermedad respiratoria: |  |  | Otras: |
| Convulsiones: |  |  | Asma: |  |  |
| Hospitalizaciones: |  |  | Especifique motivos y duración: |  |
| Se realizaron controles periódicos de salud: | Sí | No | Vacunas: | Sí | No |
|  |  |  |  |
| Observaciones: |

1. **Desarrollo Sensorio Motriz:**

**a. Edad en que el niño/a:** (por favor, indique con números y complete todas las celdas).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fija la cabeza: |  | Primeras frases: |  |
| Primeras palabras: |  | Camina sin apoyo: |  |
| Se sienta solo/a: |  | Se viste solo/a: |  |

**b. Controla esfínter:** (Responda Sí / No, en la casilla respectiva)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vesical:** | Diurno:  |  | Nocturno: |  |
| **Anal:** | Diurno:  |  | Nocturno: |  |

**c. Otros aspectos importantes sobre la pregunta c, que cree necesario mencionar:**

|  |
| --- |
|  |

**e. En su actividad motora general se aprecia:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Normal | Activo | Hiperactivo | Hipoactivo |
|  |  |  |  |

**f. Su tono muscular general se aprecia:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Normal | Hipertónico | Hipotónico |
|  |  |  |

**g. En relación a su motricidad gruesa se aprecia:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estabilidad al caminar:** | Si:  |  | No: |  |
| **Caídas frecuentes:** | Si:  |  | No: |  |
| **Dominancia lateral:** | Derecha: |  | Izquierda: |  |

**h. En relación a su motricidad fina el niño/a logra:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Garra:** | Si:  |  | No: |  |
| **Prensión:** | Si:  |  | No: |  |
| **Pinza:** | Si:  |  | No: |  |
| **Ensartar:** | Si:  |  | No: |  |

**i. En relación con algunos signos cognitivos el niño/a:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reacciona a voces o caras familiares:** | Si:  |  | No: |  |
| **Manipula y explora objetos** | Si:  |  | No: |  |
| **Demanda objetos y compañía:** | Si:  |  | No: |  |
| **Comprende prohibiciones:** | Si:  |  | No: |  |
| **Sonríe, balbucea, grita, llora, indica o señala:** | Si:  |  | No: |  |
| **Posee evidente descoordinación ojo-mano:** | Si:  |  | No: |  |

**j. Otros aspectos sobre el punto que cree necesario mencionar**: (describa breve y específicamente)

|  |
| --- |
|  |

1. **Visión – Audición:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aspectos: | Sí | No | Aspectos: | Sí | NO |
| Se interesa por los estímulos visuales (colores, formas, movimientos, etc.) |  |  | Se interesa por los estímulos auditivos (ruidos, voces, música, etc.) |  |  |
| En ocasiones tiene los ojos irritados o llorosos |  |  | Reacciona o reconoce voces o sonidos familiares. |  |  |
| Presenta dolores frecuentes de cabeza |  |  | Gira la cabeza cuando se le llama o ante un ruido fuerte |  |  |
| Se acerca o aleja demasiado los objetos a la vista (frunce el ceño) |  |  | Acerca los oídos a la TV, radio o fuente de sonido |  |  |
| Sigue con la vista el desplazamiento de los objetos o personas |  |  | En ocasiones se tapa o golpea los oídos |  |  |
| Presenta movimientos oculares “anormales” |  |  | Presenta frecuentemente dolores de oídos |  |  |
| Manifiesta conductas “erróneas” (tropiezos, choques) |  |  | La pronunciación oral es adecuada |  |  |
| Presenta diagnóstico médico de miopía, estrabismo, astigmatismo, u otro. |  |  | Presenta diagnóstico médico de otitis crónica, hipoacusia u otra. |  |  |
| ***Observaciones:*** (señale otro/s aspecto/s que cree relevante mencionar) |

**5. Desarrollo del Lenguaje:**

**a. El niño se comunica preferentemente de forma:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oral | Gestual | Mixto | Otro, especifique: |
|  |  |  |  |

**b. Características del Lenguaje Expresivo:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aspectos: | Sí | No | Aspectos: | Sí | NO |
| Balbucea (oral o señas) emite sonidos: |  |  | Emite/produce frases: |  |  |
| Vocaliza/realiza gestos o señas aisladas: |  |  | Relata experiencias: |  |  |
| Emite palabras/produce señas: |  |  | La emisión/pronunciación es clara: |  |  |

**c. Características del Lenguaje Comprensivo:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aspectos: | Sí | No | Aspectos: | Sí | NO |
| Indica objetos: |  |  | Sigue instrucciones simples: |  |  |
| Indica personas: |  |  | Sigue instrucciones complejas: |  |  |
| Comprende conceptos abstractos: |  |  | Sigue instrucciones grupales: |  |  |
| Responde en forma coherente preguntas de la vida diaria |  |  | Comprende relatos, noticias, cuentos cortos |  |  |
| Manifiesta pérdida del lenguaje oral(especifique edad y motivos): |  |
| Otros aspectos sobre el punto que cree necesario mencionar: |  |

**d. Desarrollo Social:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aspectos: | Sí | No | Aspectos: | Sí | NO |
| Se relaciona espontáneamente con las personas de su entorno natural: |  |  | Se relaciona en forma colaborativa: |  |  |
| Explica razones de sus comportamiento y actitudes: |  |  | Respeta normas sociales: |  |  |
| Participa de actividades grupales: |  |  | Muestra sentido del humor: |  |  |
| Opta por trabajo individual: |  |  | Movimientos estereotipados: |  |  |
| Presenta lenguaje ecolálico: |  |  | Pataletas frecuentes: |  |  |
| Exhibe dificultad para adaptarse a situaciones nuevas:  |  |  |  |

**Ante los siguientes estímulos su reacción es:** (marque con una X, según corresponda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luces:** | Natural:  |  | Desmesurada: |  |
| **Sonidos:** | Natural: |  | Desmesurada: |  |
| **Personas extrañas:** | Natural:  |  | Desmesurada: |  |
| Otros aspectos sobre el punto que cree necesario mencionar: |  |

1. **Estado Actual de Salud de/la estudiante:**
2. **Estado Actual:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aspectos: | Sí | No | Aspectos: | Sí | NO |
| Vacunas al día: |  |  | Trastorno motor: |  |  |
| Epilepsia: |  |  | Problema broco- respiratorio: |  |  |
| Problemas cardiacos: |  |  | Enfermedad infecto-contagiosa: |  |  |
| Parapleja: |  |  | Trastorno emocional: |  |  |
| Pérdida auditiva: |  |  | Trastorno conductual: |  |  |
| Pérdida visual: |  |  | Otro (especifique) |  |  |
| El o los problema(s) de salud reciben tratamiento, especifique:  |  |

1. **Alimentación:** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Normal | “malo/a para comer” | “bueno/a para comer” | Otro, especifique: |
|  |  |  |  |

**Peso** (apreciación del informante): (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Normal | Bajo peso | obesidad |
|  |  |  |

1. **Sueño**: (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Normal | Tranquilo  | Inquieto | Horas de sueño |
|  |  |  |  |
| Insomnio | Pesadilla | Temores nocturnos | Sonambulismo |
|  |  |  |  |
| Despierta de mal humor | Duerme solo | Duerme acompañado |  |
|  |  |  |

1. **Humor/ comportamiento (señale el comportamiento habitual):** (marque con una **X**, según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alegre | Juguetón/bromista | Risueño/a | Triste  |
|  |  |  |  |
| Serio/a | Rebelde  | Apático/a | Violento/a |
|  |  |  |  |
| Otro, especifique:  |  |

1. **Antecedentes familiares:**
2. **Personas con que viven los niños/as que son responsables de su cuidado:** (por favor, indique, según corresponda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Edad | Escolaridad | Ocupación actual |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

1. **Antecedentes de salud de la familia: (señale aquellos aspectos que son relevantes en función de la entrega de apoyos que requiere el o la estudiante):**

|  |
| --- |
|  |

**Nota:**

**1. Todos los datos contenidos en este documento son confidenciales, y serán exclusivos, para fines educativos del Colegio - Parroquial San Miguel.**

**2. Adjuntar a este documento todos los informes relevantes que hayan emitido el/los especialista/as que hayan atendido al estudiante.**