

FICHA INTEGRAL

Fecha: _____

Nombre de quién llena la ficha: _____

Relación con el niño: _____

1. DATOS FAMILIARES

Nombre del niño (a) _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del Padre _____

Edad _____ Nacionalidad _____

Ocupación _____

Cargo _____

Nombre de la Madre _____

Edad _____ Nacionalidad _____

Ocupación _____

Cargo _____

Estado civil de los padres (colocar fecha)

Casados _____ Separados _____ Divorciados _____ Convivientes _____

Solteros _____ Otros _____

Hijos (vivos o fallecidos, incluyendo al niño, en orden cronológico)

_____ Edad _____

_____ Edad _____

_____ Edad _____

_____ Edad _____

En casa viven (especifique)

2. EVOLUCION DEL EMBARAZO Y PARTO

EMBARAZO

Número de embarazos previos

0 () 1 () 2 () 3 () 4 a más ()

Ha tenido algún aborto?

Sí () Especifique cuando _____ No ()

Cuántos años tenía cuando quedó embarazada?

Menos de 15 años () De 15 a 20 años () De 20 a 35 años ()
De 35 a 40 años () De 40 a más ()

¿Fue un embarazo planificado?

Sí () No ()

Este embarazo fue deseado inicialmente por:

Ambos padres () Sólo por la madre () Sólo por el padre ()
Ninguno de los dos ()

Controló su embarazo desde:

Primer trimestre () Segundo trimestre () Tercer trimestre ()
Todo el embarazo () No se controló ()

Durante la gestación presentó:

Algún accidente o traumatismo () Exposición a Rayos X () Enfermedades infecciosas ()
Amenaza de aborto () Otros () Ninguno ()

Durante ese embarazo tuvo:

Conflictos familiares () Conflictos de pareja () Conflictos personales ()
Conflictos laborales () Otros () Ninguno ()

Ante estos conflictos Ud. presentó

Estado de angustia () Estado depresivo () Otros () Ninguno ()

Durante el embarazo Ud.

Fumó () Consumió alcohol () Consumió drogas () Usó medicamentos ()

Observaciones

PARTO

El parto ocurrió:

Antes de los 7 meses () 7 meses () 8 meses () 9 meses () Más de 9 meses ()

El parto fue:

Inducido () Fórceps () Vacum () Cesárea ()

Presentación:

Cefálica () De pie () Nalgas ()

Complicaciones durante el parto:

Sí () No ()

Especificar _____

Presentó signos de sufrimiento fetal:

Ictericia () Cianosis () Asfixia ()
Circular de cordón () Preclampsia () Otros ()

Hubo necesidad de:

Reanimarlo () Aspirar secreción ()
Oxigenoterapia () Incubadora () Otros ()

Peso al nacer:

Menos de 2 Kg. () 2 a 2 ½ Kg. () 2 ½ a 3 Kg. () 3 a 3 ½ Kg. ()
3 ½ a 4 Kg. () Más de 4 Kg. ()

Abgar: _____

Lactó desde que nació?

Sí () No ()

Tuvo depresión post parto:

Sí () No ()

3. LACTANCIA

Tipo de lactancia

Materna () Artificial () Mixta ()

Lactancia materna durante

Sólo los primeros días () 1 Mes () 3 meses () 6 meses () 9 meses ()
1 año () 2 años () Más de 2 años ()

Comenzó a tomar biberón:

Al nacer () 3er mes () 6to mes () 9no mes () 1 año ()
1 año y medio () 2 años () 3 años () Más de 4 años ()

No recibió lactancia materna por:

Mastitis () Enfermedad de la madre () Trastornos del niño ()
Ausencia de la madre () Otros ()

Observaciones

4. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO

Levantó la cabeza

1er. Mes () 2do. Mes () 3er. Mes () 4to. Mes () 5to. Mes ()
6to. Mes () Más de 7 meses ()

Sostuvo la cabeza

1er. Mes () 2do. Mes () 3er. Mes () 4to. Mes () 5to. Mes ()
6to. Mes () Más de 7 meses ()

Se sentó

Menos de 6 meses () 6 meses () 7 meses () 8 meses () 9 meses ()
10 meses () Más de 10 meses ()

Gateó

Menos de 6 meses () 6 meses () 8 a 10 meses () 9 meses ()
Más de 10 meses () No gateó ()

Se paró

Menos de 6 meses () 6 meses () 7 meses () 8 meses () 9 meses ()
10 meses () Más de 10 meses ()

Caminó

Menos de 1 año () 1 año () 1 ½ año () 2 años () 3 años ()

Observaciones:

5. CRIANZA

Es criado principalmente por

Ambos padres () Madre sola () Padre solo ()
Abuelos () Otros () Especificar _____

Intervienen otras personas en la crianza:

Abuelos () Familiares () Niñeras () Otras personas ()

Desde qué edad es criado por terceros

Al nacer () Del 1º mes () Del 3er. Mes ()
Del 6to. Mes () Del año () De 2 años ()

La madre no lo cría por:

Motivos de trabajo () Enfermedad () Separación o divorcio ()
Muerte de la madre () Otros ()

Considera que la crianza es difícil

Algunas veces () No es difícil ()

Si le resulta difícil se debe a problemas de:

Sueño () Alimentación () Comportamiento () Falta de tiempo () Otros ()

Su niño (a) presenta alteraciones para dormir:

Le es difícil de conciliar el sueño () Sueño intranquilo () Pesadillas ()
Pavor nocturno () Sonambulismo () Soliloquio () Otros ()

Alteraciones de la alimentación

Come poco () Come mucho () Come sustancias no alimenticias () Otros ()

Alteraciones del comportamiento

Inquieto () Agresivo () Tímido () Temeroso () Rabieta () Otros ()

Actitudes de los padres

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Primeras palabras

Menos de 1 año () 1 año () 1 ½ año ()
2 años () 3 años () Más de 3 años ()

Lenguaje completo (fluidez)

Menos de 1 año () 1 año () 1 ½ año ()
2 años () 3 años () Más de 3 años ()

Dificultad en el lenguaje (Al inicio)

En la pronunciación () En la expresión () En la comprensión ()

Observaciones

7. SOCIALIZACIÓN

CONTROL DE ESFÍNTER

Orina

Antes del 2º año () 2º al 3º año () 3º al 4º año ()

Heces

Antes del 2º año () 2º al 3º año () 3º al 4º año ()

Comenzó a entrenarlo

Antes del año () 1º al 2º año () Más de 3 años ()
No lo entrenó () No lo entrena aún ()

HÁBITOS DE INDEPENDENCIA

Uso de objetos transicionales

Chupada de dedo () Chupón () Trapito ()
Muñeco () Almohadita () Otros ()

Comenzó a comer solo

Al año () A los 2 años () A los 3 años () Más de 3 años ()

Comenzó a vestirse solo

Menos de 2 años () 2 años () 3 años () 4 años () Aún no se viste solo ()

Presenta ansiedad de separación

Muy intensa () Intensa () Poco intensa () Ausente ()

Actitud de los padres frente a la separación

Relación con otros niños

Juega solo () Con otros niños () Con la familia () No juega ()

Tipo de juego

Tranquilo () Estructurado () Creativo () Simbólico ()
Agresivo () Solitario ()

Observaciones:

8. ESCOLARIDAD

Edad de inicio:

Menos de 1 año () 1 año () 2 años () 3 años () Más de 3 años ()

Tiempo de adaptación:

0 a 15 días () 15 a 20 días () Más de 20 días () Aún no se adapta ()

Permaneció en el nido durante:

Menos de 1 año () 1 año () 2 años () 3 años () Más de 3 años ()

Grado de aprestamiento alcanzado:

Muy bueno () Bueno () Regular () Insuficiente ()

Observaciones

9. SEXUALIDAD

Sexo deseado

Sólo por la madre () Sólo por el padre () Por ambos () Por ninguno ()

Se le trata de acuerdo al sexo

Si () No ()

Su niño(a) demuestra:

Curiosidad por su sexo Si () No ()
Juega con sus genitales Si () No ()
Otros ()

Su niño

Tiene juegos propios de su género () Reconoce su género ()
Aún no reconoce su género ()

Observaciones

10. ENFERMEDADES

Sarampión ____ Varicela ____ Rubéola ____ Paperas ____ Tos convulsiva ____ Otras ____

Ha tenido convulsiones? _____ Motivo _____

Reacciones alérgicas (especificar) _____

Tratamientos específicos (edad) _____

Intervenciones quirúrgicas (edad) _____

Tiene alguna terapia? (Especificar) _____

Firma

Fecha