

Número de expediente	TIPO DE DISCAPACIDAD	Movimiento _____	Acción futura:	Fecha:	Hecho:
		Deformidad _____			
Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD	Retraso _____	_____ verá especialista _____		
		Ceguera _____	_____ visitaré en casa _____		
		Sordera _____	_____ otra _____		
		Habla _____			
		Ataques _____			
		Comportamiento _____			
Discapacidad específica si se sabe _____					

**FORMULARIO 1**  
(pág. 1)

HISTORIA DEL NIÑO (Primera visita)

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: 

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo supieron ustedes de nuestro programa? \_\_\_\_\_

PROBLEMA PRINCIPAL DEL NIÑO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_ ¿Cómo?(la causa) \_\_\_\_\_

¿Tiene otros problemas? \_\_\_\_\_

¿Está mejorando la discapacidad? \_\_\_\_\_ ¿Empeorando? \_\_\_\_\_ ¿Sigue igual? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo creen que se beneficiará su niño al venir aquí? \_\_\_\_\_

¿Tienen otros miembros de la familia o parientes el mismo problema? \_\_\_\_\_ ¿Quiénes? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño atención médica? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Usa el niño aparatos? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Los ha usado en el pasado? \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa la salud general del niño \_\_\_\_\_

¿Está gordo? \_\_\_\_\_ ¿Muy flaco? \_\_\_\_\_ ¿Otra cosa? \_\_\_\_\_

¿Oye y ve bien? Explique: \_\_\_\_\_

Comente sobre su habilidad o dificultad para: \_\_\_\_\_ ¿Normal para su edad?

controlar la cabeza \_\_\_\_\_

usar las manos \_\_\_\_\_

arrastrarse o gatear \_\_\_\_\_

pararse, caminar \_\_\_\_\_

jugar \_\_\_\_\_

comer o beber \_\_\_\_\_

ir al baño \_\_\_\_\_

asearse \_\_\_\_\_

vestirse \_\_\_\_\_

¿Habla el niño? \_\_\_\_\_ ¿cuánto o cómo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_

¿Qué más puede hacer el niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué no puede hacer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué nuevas habilidades les gustaría que su niño adquiriera? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>FORMULARIO 1</b> (pág. 2)
---------------------------------

¿Es el niño mentalmente normal?

¿Retrasado? \_\_\_\_\_ ¿Qué tanto? \_\_\_\_\_

¿Por qué cree que lo es? \_\_\_\_\_

¿Tiene ataques? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan a menudo? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

¿Toma medicinas? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Para qué? \_\_\_\_\_ Resultados (buenos o malos): \_\_\_\_\_

¿Conducta normal para su edad? \_\_\_\_\_

¿Problemas emocionales o de conducta? \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Va a la escuela? \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

Número de hermanos y hermanas: \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

PROMEDIO DE INGRESOS

¿Trabaja el padre? \_\_\_\_\_ ¿En qué? \_\_\_\_\_

¿Trabaja la madre? \_\_\_\_\_ ¿En qué? \_\_\_\_\_

El niño parece: ¿bien cuidado? \_\_\_\_\_ ¿mimado o muy protegido? \_\_\_\_\_

¿descuidado? \_\_\_\_\_ ¿feliz? \_\_\_\_\_ ¿tiene confianza en sí mismo? \_\_\_\_\_ ¿muy tímido? \_\_\_\_\_

¿otra cosa? \_\_\_\_\_

Detalles importantes de la situación familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho o conseguido la familia para ayudar al niño a funcionar mejor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras observaciones, información o dibujos:

(Use otra hoja si es necesario.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de enfermedades	Fecha
sarampión	_____
varicela	_____
tos ferina	_____
otras _____	_____
_____	_____

Vacunas:	Cuántas	Fechas	Reacciones alérgicas
BCG	_____	_____	_____
polio	_____	_____	_____
DPT	_____	_____	_____
HB	_____	_____	_____
sarampión	_____	_____	_____
tétano	_____	_____	_____
otras	_____	_____	_____

¿Cuánto han gastado en la discapacidad del niño? \_\_\_\_\_ ¿En qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fueron causadas la discapacidad o complicaciones por algún mal tratamiento? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARA NIÑOS CON PARALISIS:

¿Inyectaron a su niño antes de que le diera parálisis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_