

Entrevista Infantil

FECHA _____

No. Expediente: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del menor: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de Nac.: _____ Originario: _____ Residente: _____

Domicilio: _____ Teléfono casa: _____

_____ Celular: _____ otro: _____

Escolaridad: _____ Derechohabiencia: _____

Quien lo acompaña a la entrevista: _____

Nombre de la Madre: _____ edad: _____

Estado civil: _____ ocupación: _____ teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ edad: _____

Estado civil: _____ ocupación: _____ teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

Referido por: _____

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:

Edad de la madre en Gestión: _____ desarrollo del embarazo: _____

Embarazo deseado: _____ planeado por ambos: _____

Actitud de la madre ante el embarazo: _____

Actitud del padre ante el embarazo: _____

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

() Caídas () infecciones otro: _____



() Medicamentos

() Radiaciones

() Problemas emocionales

() Amenaza de Aborto

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO:

() Parto inducido

() Parto Natural

() Vía vaginal

() Cesárea

() Fórceps

otras complicaciones en el parto: _____

ALIMENTACIÓN:

Leche materna () cuanto tiempo _____ Biberón () cuanto tiempo: _____

Problemas de Alimentación: _____

Tipo de Alimentación actual: _____

MOTRICIDAD Y LENGUAJE:

Sostuvo la cabeza () se sentó () gateo () se paró solo ()

Caminó (); a qué edad empezó a caminar: _____

Edad de primeras palabras: _____ edad de lenguaje claro: _____

¿Es entendible el lenguaje del niño para su edad? _____

Edad de control de esfínteres: _____

SALUD FÍSICA

Peso: _____ Estatura: _____ Enfermedades: _____

Internamientos: _____ Motivo: _____ edad: _____

Accidentes: _____ Edad: _____ Secuelas: _____

SUEÑO

Horario de sueño: _____ patrón de sueño referido: _____

Con quien duerme: _____ porque: _____ antigüedad: _____

Presenta: pesadillas () sonambulismo () enuresis () temores nocturnos

() Sueño intranquilo () Rechina los dientes () Otro: _____

AREA FAMILIAR:



Tipo de Familia: Un solo padre () Integrada () Mixta () Adopción ()

Separación de los padres () edad _____ Divorcio () edad _____

No de miembros en la Familia: _____ lugar que ocupa en la familia: _____

Con quien vive: _____ ambiente Familiar: _____

Rivalidades () con quien: _____ Preferencias () con quien: _____

Relación con la Familia:

Mamá () Buena () Regular () Mala

Papá () Buena () Regular () Mala

Hermanos () Buena () Regular () Mala

Relación entre ambos padres: () Buena () Regular () Mala () Nula

Educación a cargo de: () Madre () Padre otro _____

Permisos () Madre () Padre otro _____

Castigos () Madre () Padre otro _____

Limites () Madre () Padre otro _____

AREA ESCOLAR:

Guardería () preescolar () años cursados _____

Grado actual _____ Repeticiones () Suspensiones ()

Cambios de Escuela () Grado _____ Motivo: _____

Conducta: Buena () Regular () Mala ()

Desempeño Escolar: Bueno () Regular () Mala ()

Relación con compañeros: _____

Relación con maestros _____

Toma clases extras _____ Tipo _____

Describe al niño Social y Emocionalmente: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Uso de Drogas () quien _____ cuáles _____

Depresión () quien _____ suicidios () quién _____

Retraso mental () quién _____ epilepsia () quién _____

Enfermedades psiquiátricas: _____

Terapia Psicológica: _____

Abuso sexual _____ edad _____ quién _____

Intento de abuso sexual _____ edad _____ quién _____

¿Cuáles son tus pasatiempos? _____

¿Practicas algún deporte? _____

¿Tienes

amigos? _____

¿Tus papas juegan contigo? _____ a qué _____

¿Tu familia y tu salen de paseo? _____ a dónde _____

¿Le tienes miedo a algo? _____

¿Cómo eres? _____

Dime algo que no te guste _____

¿Cómo te castigan? _____ quién: _____

¿Cómo te Premian? _____ quien: _____

VISUALIZACION:

Contacto visual: Retador () Evasivo () Adecuado () Variable

() Vestimenta _____ Aseo _____ Aliño _____

Actitud ante la Entrevista: cooperador () Evasivo () Inhibido ()

Manierismo () Impulsivo () Mutista ()

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: _____ Atención: _____ Concentración: _____

Orientación en tiempo lugar y persona _____

Memoria: Buena () mala () Pensamiento: _____

Coherencia: _____ inteligencia: _____

Asociación de ideas _____ afecto: _____

Alteraciones sensorio-perceptivas: _____ tipo: _____ Antigüedad: _____



Lenguaje: curso _____ Alteración: _____ Tono: _____

ESCALAS Y TEST APLICADOS O POR APLICAR

Nombre _____ Tipo _____ Fecha _____

Nombre _____ Tipo _____ Fecha _____

Nombre _____ Tipo _____ Fecha _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

SUGERENCIAS DE MANEJO

Canalización a psiquiatría si () no () otro: _____

Fármacos _____

Nombre Y firma del Entrevistador _____