**ANAMNESIS Y FICHA CLÍNICA 2025**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO(A)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  Paterno Materno Nombres |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | **EDAD A MARZO** |  | **R.U.N** |  |
| **DIRECCIÓN**  |  | **TELEFONO** |  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD RELEVENTE**

**Marque con un X según corresponda y complete las preguntas con letra legible:**

|  |
| --- |
| 1. ***PRE- NATALES***
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EMBARAZO: |  | Normal |  |  | Riesgo |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ ALGUNA ENFERMEDAD |   | NO |  |  | SI |  |  | ¿Cuáles? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTO |   | De término  |  |  | Prematuro  |  |  | ¿Cuántas semanas? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Parto normal |  |  | Se usó fórceps |  |  | Cesárea |  |

|  |
| --- |
| 1. ***PERINATALES Responda con Si o No según corresponda***
 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTADO DEL NIÑO AL NACER |   | PESO  |  |  | TALLA  |  |  | APGAR |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Presentó asfixia |  |  | Presentó alguna lesión |  |  | Ingirió líquidoamniótico |  |  | Presentó ictericia |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Debió quedar hospitalizado |  |  | ¿Por qué? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESARROLLO DEL NIÑO(A) | **A QUÉ EDAD**  | Gateó |  |  | Caminó sin ayuda |  |  | Presentó sonrisa social |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dijo sus Primeras palabras |  |  | Dijo sus Primeras frases |  |  | Se sentó sólo |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESARROLLO ACTUAL DEL NIÑO(A) |  | Usa mamadera  |  |  | Usa tete  |  |  | Controla esfínter  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ha estado hospitalizado  |  |  | ¿Por qué?  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ha presentado alguna enfermedad compleja |  |  | ¿Cuáles? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Presenta alguna alergia  |  |  | A ¿Qué? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Las vacunas obligatorias están al día  |  |  | Control pediátrico al día  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESARROLLO PSICOSOCIAL  |  | Presenta hiperactividad  |  |  | ¿Cómo es su relación con los miembros de su familia? |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Cómo es su relación con otros niños? |  |  | Obedece instrucciones |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Qué medidas utilizan en el hogar para corregir algunas conductas?  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ha asistido a otra escuela o jardín  |  |  | ¿Cuál? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES FAMILIARES |  | Algún hermano o familiar a estudiado en nuestra escuela  |  |  | ¿Quién? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Existe alguna enfermedad o condición relevante en algún miembro de la familia  |  |  | ¿Cuál? |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUIÉN ENTREGA LA INFORMACIÓN (Nombre)** |  |
| **PARENTESCO** |  |
| **NOMBRE RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA |
| CANDY SOLEDAD MACAYA VASQUEZDIRECTORA | APODERADO |