**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 líquido  amniótico | | | |  |  | 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 VASQUEZ  DIRECTORA | APODERADO |