



## Centro Ann Sullivan del Perú

Calle Petronila Álvarez N°180, 5ta. Etapa Urb. Pando  
San Miguel, Lima 32, Perú  
Teléfonos: (51-1) 263-6296 (51-19 263-4880 Fax 851-1) 263-1237  
Correo Electrónico: [annsullivan@annsullivanperu.org](mailto:annsullivan@annsullivanperu.org)  
Liliana Mayo, Ph.D., Fundadora y Directora General  
Página Web: <http://www.annsullivanperu.org>



CASPAN-CTE-BD02

## Centro Ann Sullivan Panamá

Avenida Balboa y Avenida Ecuador, Corregimiento de Calidonia  
Teléfonos: (507) 225-7419  
Correo Electrónico: [centroannsullivan.panama@gmail.com](mailto:centroannsullivan.panama@gmail.com)

### HISTORIA CLINICA

Agradecemos llenar la siguiente información sobre su hijo (a) y familia, con el mayor detalle posible.

Mil gracias amigos, trataremos de ayudarlos en todo lo que podamos.

Incluya, por favor, una fotografía reciente de su hijo(a). La fotografía nos ayuda a conocer a su hijo(a) y a recordarlo en una siguiente entrevista.

Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombres y apellidos de su hijo(a)

\_\_\_\_\_

2. Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

3. Dirección: \_\_\_\_\_

4. Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

5. Lugar que ocupa entre hermanos \_\_\_\_\_

6. Datos familiares:

	Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Cédula
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

7. Nombre de persona que da la información \_\_\_\_\_ Parentesco;

\_\_\_\_\_

#### Descripción de su hijo (a).

8. Escriba, por favor, un párrafo que describa mejor a su hijo (a), incluyendo los puntos fuertes y débiles.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Datos Familiares

9. ¿Con quién vive su hijo en la actualidad?

Ambos padres \_\_, Madre \_\_, Padre \_\_, Abuelos maternos \_\_, Abuelos paternos \_\_, Tíos \_\_

Tutor \_\_, Otros \_\_, nómbrelo \_\_\_\_\_

**10. Estado civil y actual de los padres:**

Casados\_\_\_, Separados\_\_\_, Unidos\_\_\_, Divorciados\_\_\_, Viudos\_\_\_,  
Tiene otro compromiso: Madre\_\_\_, padre\_\_\_.

**11. ¿Conoce usted, el Centro Ann Sullivan, Panamá?**

si \_\_, no \_\_\_

Si su respuesta es **si**, indique **cómo**: \_\_\_\_\_

**12. ¿Cuál es el diagnóstico que le han dado de su hijo (a)?**

Autismo\_\_\_, Síndrome de Down\_\_\_, Retardo Severo \_\_\_\_, Retardo Moderad \_\_\_\_, Retardo  
Leve\_\_\_, Parálisis Cerebral\_\_\_, Síndrome de Rett\_\_\_, Problemas de Aprendizaje\_\_\_,  
Problemas en el habla, \_\_Otros: \_\_\_\_\_

**13. ¿Cuál es el problema principal que Ud. le observa o que le preocupa más?**

Sus conductas agresivas\_\_\_, Sus conductas auto agresivas \_\_\_\_, Su lenguaje ecológico  
(repite todo) \_\_\_\_, Sus conductas auto estimulatorias (repetitivas) \_\_\_\_, su falta de lenguaje  
\_\_\_, Su aprendizaje lento\_\_\_, Su dependencia hasta para la tarea más simple\_\_\_, Su  
hiperactividad\_\_\_, Su falta de atención\_\_\_, Otros, nómbrelo \_\_\_\_\_

**14. ¿Su hijo(a) presenta conductas agresivas? \_\_Sí \_\_No**

¿Cuáles son?

Patea\_\_\_, Jala los cabellos\_\_\_, Muerde\_\_\_, Pellizcar\_\_\_, Escupe\_\_\_, Da manotazos\_\_\_,  
Da puñetazos\_\_\_, Tira lo que tiene en la mano\_\_\_, Rompe muebles\_\_\_, Rompe vidrios de  
ventanas\_\_\_, Intenta destruir toda la casa\_\_\_, Otros\_\_\_, nómbrela \_\_\_\_\_

**15. ¿En qué situaciones se presentan sus conductas agresivas**

Quiere algo\_\_\_, No le dan lo que quiere\_\_\_, Sin motivo alguno\_\_\_, Se le pide hacer una tarea  
\_\_\_, Se le cambia de actividad\_\_\_, Otro\_\_\_, nómbrela \_\_\_\_\_

**16. ¿Cómo usted corrige estas conductas agresivas?**

Hablándole en tono calmado\_\_\_, Gritándole\_\_\_, Pegándole\_\_\_, Entreteniéndole con la  
actividad que más le gusta\_\_\_, Prometiéndole dulces\_\_\_, Dándole lo que quiere\_\_\_,  
Encerrándolo en su cuarto, \_\_Otros\_\_\_, nómbrela \_\_\_\_\_

**17. ¿Su hijo (a) se resiste a seguir ordenes? Sí\_\_\_ No\_\_\_**

**18. ¿Cómo hace Ud, para que le obedezca?**

Hablándole en tono calmado\_\_\_, Gritándole\_\_\_, Pegándole\_\_\_, Prometiéndole dulces\_\_\_,  
Dándole lo que quiere\_\_\_, Otros\_\_\_, nómbrela \_\_\_\_\_

**19. ¿Usted castiga físicamente a su hijo(a)? Si\_\_\_ No\_\_\_**

**20. ¿Qué tipo de castigo usa?**

Con correa\_\_\_, Con palo\_\_\_, Cachetadas\_\_\_, Jalones de cabello\_\_\_, Jalones de oreja \_\_\_\_,  
Nalgadas \_\_\_\_, Pellizcos\_\_\_, Puñetazos\_\_\_, Otros\_\_\_, nómbrelo \_\_\_\_\_

**21. ¿Cómo corrige las otras conductas inadecuadas de su hijo (a)?**

Hablándole en tono calmado\_\_\_, Gritándole\_\_\_, Pegándole\_\_\_, Entreteniéndolo con la  
actividad que más le gusta\_\_\_, Prometiéndole dulces\_\_\_, Dándole lo que quiere \_\_\_\_,  
Encerrándolo en su cuarto\_\_\_, Otros\_\_\_, nómbrela \_\_\_\_\_



**HISTORIA MEDICA.**

**I. EMBARAZO**

1. Cuál fue el número de embarazo con su hijo? 1ro \_\_, 2do \_\_, 3ero \_\_, 4to \_\_, 5to \_\_, 6to \_\_

2. Cuando estaba embarazada tenía:

Manchas o hemorragias \_\_, Excesivo peso \_\_, Vómitos muy continuos \_\_, Presión Alta \_\_, Sarampión \_\_, Varicela \_\_, Paperas \_\_, Infección \_\_, Accidente \_\_, Operación \_\_, Se expuso a Rayos X \_\_.

Es usted: Diabético \_\_, RH Negativo \_\_, Tuvo otros problemas con su embarazo?

Nómbrelos: \_\_\_\_\_

**II. NACIMIENTO: Parto**

Normal \_\_, Fórceps \_\_, Cesárea \_\_, Con desgarramiento \_\_, Fue prematuro \_\_, Nacimiento múltiple: Gemelos \_\_, lloró inmediatamente \_\_, necesitó oxígeno \_\_, Fue colocado en incubadora \_\_, tuvo dificultades al mamar la leche \_\_, lloró la primera vez que se le dio de lactar \_\_ Otros \_\_, especifique: \_\_\_\_\_

Peso del recién nacido: libras: \_\_\_\_ onzas: \_\_\_\_

**III. HISTORIA MÉDICA**

1. La salud general de su hijo es Buena \_\_, regular \_\_, Mala \_\_

2. ¿Su hijo ha tenido convulsiones y ya no las presenta en la actualidad? Sí \_\_, No \_\_

3. ¿Su hijo(a) tiene convulsiones en la actualidad o en los últimos 6 meses? Sí \_\_, No \_\_

¿Cómo son éstas convulsiones? ausencias \_\_, pérdida de conocimiento \_\_, con movimientos en todo el cuerpo \_\_, con movimientos en una parte del cuerpo \_\_, de corta duración \_\_, De larga duración \_\_, Otros \_\_, nómbrela \_\_\_\_\_

**IV. HISTORIA PRINCIPAL DEL DESARROLLO**

1. A qué edad su hijo hizo lo siguiente:

Sentarse solo \_\_\_\_\_

Gatear \_\_\_\_\_

Pararse solo \_\_\_\_\_

Empezar a caminar \_\_\_\_\_

**V. HISTORIA DE LAS HABILIDADES DEL LENGUAJE**

1. A qué edad su hijo balbuceó \_\_\_\_\_

2. A qué edad su hijo dijo las primeras palabras \_\_\_\_\_

3. Anote las palabras actuales \_\_\_\_\_

4. A qué edad su hijo empezó a combinar las palabras, \_\_\_\_\_

Anote las frases actuales: \_\_\_\_\_

5. El habla de su hijo es difícil de comprender Sí \_\_, No \_\_

6. Su hijo sube el volumen del televisor Sí \_\_, No \_\_

7. Durante los años preescolares, su hijo perdió el interés de hablar Sí \_\_, No \_\_,  
¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_
8. Si el habla de su hijo es lento en el desarrollo, cómo intenta comunicarse?  
Con la mirada \_\_, Con gestos de las manos \_\_, Balbuceando \_\_, Hablando como bebe,  
Llevando de la mano \_\_, Otros \_\_, nómbrelo \_\_\_\_\_
9. Su hijo sólo habla con Ud., cuando necesita algo Si \_\_, No \_\_
10. Usa solo frases \_\_\_\_\_ Oraciones \_\_\_\_\_ Responde preguntas \_\_\_\_\_
11. Su hijo alguna vez ha tenido terapia de lenguaje Sí \_\_, No \_\_, Si es afirmativo, dónde y por cuánto tiempo?  
\_\_\_\_\_

## VI. CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA

1.- Algunas de las características siguientes describen a su hijo?  
Tiene hábitos nerviosos chuparse el dedo \_\_, morderse las uñas \_\_, No tolera la frustración,  
enumere las situaciones en que se frustra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Destruye cosas \_\_, Hiperactivo \_\_, Miedos extraños y persistentes \_\_, Problemas alimenticios \_\_, Pataletas cuando no le dan lo que quiere \_\_, Se golpea la cabeza \_\_, Llantos frecuentes \_\_, Autoagresión \_\_, Conoce del peligro \_\_, Resistencia a los cambios (rutinas, objetos, alimento) \_\_.

2.- Cuáles son los puntos fuertes de su hijo? ¿Qué es lo que su hijo(a) hace bien?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VII.- HISTORIA FAMILIAR

Perfil de la familia:

1. En la familia, hay o hubo algún caso de personas con:  
Enfermedades psiquiátricas \_\_, Epilepsia o convulsiones \_\_, Retardo Mental \_\_, Dificultad para aprender a leer \_\_, Dificultad para deletrear \_\_, Aparición tardía del habla \_\_,  
Problemas del habla \_\_, Dificultades auditivas \_\_, Depresiones \_\_, No hay ningún caso.  
¿Este problema tiene ascendencia?(\*) Sí \_\_, No \_\_  
La ascendencia es paterna: papá \_\_, mamá \_\_.  
La ascendencia es materna: papá \_\_, mamá \_\_.
- 2.- ¿Cómo se lleva su hijo con sus hermanos? Bien \_\_, regular \_\_, mal \_\_.
- 3.- ¿Cómo describiría la relación de Uds. como padres con su hijo? buena \_\_, regular \_\_, mala \_\_.
- 4.- ¿A cuál de los padres u otras personas su hijo obedece? Papá \_\_, Mamá \_\_, abuelos \_\_, tíos \_\_, primos \_\_, empleados \_\_.
- 5.- ¿Cómo se lleva su hijo con otros niños (a parte de sus hermanos)? Bien \_\_, regular \_\_, mal \_\_.
- 6.- Cómo se lleva su hijo con otros adultos (aparte de los padres) Bien \_\_, regular \_\_, mal \_\_

## VIII. INFORMACIÓN DE RUTINAS DE SU HIJO:

¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_  
¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_  
Duerme bien en la noche \_\_, Se levanta varias veces en la noche \_\_, Duerme en la cama con él o ella \_\_, Quién duerme en la misma cama con él o ella? \_\_\_\_\_  
Se le da de comer \_\_, Hay que hacerle todo \_\_, Va solo (a) hacer sus necesidades en el baño \_\_, Ayuda en la casa \_\_, Hay que cuidarlo todo el tiempo \_\_, Lo saco a todos lados conmigo \_\_, Sabe leer y escribir.

(\*) si se repite de generación en generación en la familia de la mamá o en la familia del papá.

Tengo fé en que saldrá adelante      Sí \_\_, No \_\_  
Papá y mamá necesitamos ayuda, no sabemos qué hacer. Sí \_\_, No \_\_.

¿Qué cosas yo sola (o) le he enseñado a mi hijo(a) sin ninguna ayuda?

---

---

---

¿Qué es lo que más le gusta a su hijo (a) en comidas, juguetes o actividades?

---

---

---

Qué habilidades ve en su hijo(a) que le llaman la atención?

---

---

---

Hay algo más que le gustaría decirnos antes de que veamos a su hijo (a)?

---

---

---

**Mil gracias por tomarse el tiempo para de completar esta ficha. La información será muy útil para determinar de qué manera se puede ayudar mejor a su hijo(a) y familia. Recuerde ser puntual en su cita. Traer una muda de ropa, útiles de aseo, un refrigerio ligero y una foto pequeña de su hijo.**