



Colegio Saint Mary Panamá Oeste Departamento Psicoeducativo

Estimados Padres y/o Tutores:

La entrevista clínica abajo descrita tiene como objetivo conocer las habilidades y las dificultades que usted percibe en el niño en los distintos escenarios (escolar, familiar y social).

Datos Generales del estudiante

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de cédula: _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Religión: _____ Edad: _____ Grado al que aspira: _____

Período escolar: _____.

Ha recibido terapia con anterioridad (estimulación temprana, fonoaudiología, psicología, terapia ocupacional): _____ Donde: _____ Periodo de atención: _____ culminó el tratamiento: _____

ANTECEDENTES PRE-NATALES

Alguno de los miembros de la familia ha padecido de problemas físicos, problemas de aprendizaje, problemas mentales, trastornos de aprendizaje, problemas de adicción, déficit atencional. (especifique cual)	SI	NO
Durante su embarazo tomó algún medicamento (especifique cuales)	SI	NO
Durante su embarazo usted fumó, tomó bebidas alcohólicas, consumió drogas con regularidad.	SI	NO
Tuvo usted alguna infección, enfermedad, accidentes o golpes durante su embarazo	SI	NO
Su embarazo fue a término (especifique la cantidad de semanas) Semanas de gestación: _____	SI	NO
Nace por parto natural	SI	NO
Complicaciones durante el parto Especifique: _____ _____	SI	NO

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

Hubo lactancia materna (especifique el tiempo)	SI	NO
Succiono bien	SI	NO
Uso chupete	SI	NO
Hubo babeo o hay babeo	SI	NO
Hubo o hay malformaciones dentarias o protrusión	SI	NO
Respiraba por la boca	SI	NO
Tuvo dificultades para tragar	SI	NO
Hacia contacto visual	SI	NO
Respondía a su nombre	SI	NO
Se le dificulta masticar	SI	NO

DESARROLLO MOTOR

Qué edad tenía su niño cuando:		
Sostuvo la cabeza		meses
Se sentó sin ayuda		meses
Gateó		meses
Se paró sin ayuda		meses
Camino sin ayuda		meses
A qué edad controló el esfínter diurno		años
A qué edad logró el control de esfínter nocturno		años
Es torpe (coordinación motora pobre)	SI	NO
Se viste solo	SI	NO
Salta sin dificultad	SI	NO
Aprendió a manejar bicicleta	SI	NO
Aprendió a amarrarse los cordones	SI	NO

COMUNICACIÓN

Establece contacto visual cuando le hablan	SI	NO
Sabe esperar el turno para hablar	SI	NO
Tiene un lenguaje comprensible por extraños	SI	NO
Usa correctamente verbos	SI	NO

LENGUAJE

Hubo retraso en la adquisición del lenguaje	SI	NO
Se detuvo su lenguaje	SI	NO
Responde cuando le hablan	SI	NO

Responde solo cuando le interesa	SI	NO
Trata de imitar lenguaje	SI	NO
Usa gestos con significado	SI	NO
Le entienden todos	SI	NO
Sigue ordenes e indicaciones	SI	NO
Tiene ecolalia (repetición constante como un eco de la última silaba o palabra oída)		
A qué edad balbuceo		Meses
A qué edad dijo las primeras palabras		Meses
A qué edad se expresó con frases cortas		Meses
Tartamudea	SI	NO

SALUD INFANTIL

Cuál de estos problemas ha tenido su hijo:		
Problemas de alimentación	SI	NO
Problemas de visión	SI	NO
Problemas de audición	SI	NO
Problemas de comportamiento	SI	NO
Problemas de sueño	SI	NO
Problemas de lenguaje	SI	NO
Toma medicamentos (especifique cual)	SI	NO
Ha estado hospitalizado	SI	NO
Padece de algún tipo de enfermedad o condición crónica Indique cual:	SI	NO
Tiene un horario específico para dormir Indique a qué hora se duerme todos los días: _____	SI	NO

NIVEL DE ACTIVIDAD

Es intranquilo en casa y/o escuela	SI	NO
Se puede mantener sentado por 15 minutos o mas	SI	NO
Se mece o se balancea cuando está sentado o parado	SI	NO
Esta constantemente tocando cosas o personas	SI	NO
Es desordenado	SI	NO
Habla demasiado y en volumen alto	SI	NO
Es nervioso	SI	NO
Es atolondrado impulsivo (como que actúa sin pensar)	SI	NO
Presenta frecuentes rabietas	SI	NO
Es agresivo o mal geniado	SI	NO
Es destructivo (daña con frecuencia las cosas)	SI	NO
Le ocurre accidentes con frecuencia (caídas, golpes)	SI	NO
Mide el peligro	SI	NO

Utiliza tecnología (tablet, celular, televisión, video juegos). Indique cuánto tiempo al día: _____ _____	SI	NO
--	----	----

COMPORTAMIENTO SOCIAL

Se relaciona e integra bien con sus compañeros y pares	SI	NO
Siente a su niño que es apartado por sus compañeros	SI	NO
Es descortés y/o de malos modales	SI	NO
Es tímido y/o poco comunicativo	SI	NO
Pelea con frecuencia	SI	NO
Respeto la propiedad ajena y/o publica	SI	NO
Detesta la escuela	SI	NO
Juega poco y/o participa en deportes	SI	NO
Se aísla con frecuencia - le gusta la soledad	SI	NO
Responde a la disciplina	SI	NO
Acepta corrección y/o sigue instrucciones	SI	NO
Demanda gran atención y cariño	SI	NO

NIVEL DE TRABAJO

Tiene poca capacidad de esfuerzo sostenido	SI	NO
Completa los trabajos que comienza	SI	NO
Su rendimiento académico es pobre	SI	NO
Su ritmo de trabajo productivo es lento	SI	NO

PROCESOS COGNITIVOS

Tiene mala memoria	SI	NO
Tiene pobre atención y concentración	SI	NO
Sabe leer y escribir	SI	NO
Tiene dificultad para tomar decisiones (vestirse, escoger juguetes)	SI	NO
Es difícil predecir su comportamiento	SI	NO
Se frustra con facilidad	SI	NO
Le gusta fantasear (soñar despierto, ido)	SI	NO
Tiene dificultad de esperar (en promesas, gratificaciones)	SI	NO
Las situaciones/ ideas persisten en su mente	SI	NO