

## ANAMNESIS PSICOPEDAGÓGICA

### 1. Datos del alumno (a)

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Grado al que postula: \_\_\_\_\_ Institución educativa de procedencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena esta ficha: \_\_\_\_\_

### 2. Datos de los padres:

Apellidos y nombres	Edad	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ocupación	Dirección del Centro de Trabajo	Idioma	Religión
Padre							
Madre							
Apoderado							

\*El niño vive actualmente con:

\_\_\_\_\_

\*Cuando los padres trabajan se queda con:

\_\_\_\_\_



**3. Edad pre-natal y neonatal (marque según su situación y especifique su respuesta):**

	SI	NO	Especifique.-
Embarazo deseado			
Control médico durante la gestación			
Problemas de salud			
Estado de Ánimo de la mamá durante el embarazo			
Duración de la gestación			
Parto Normal			
Cesárea			
Lloró enseguida			
Presentó alguna complicación durante el parto			
Presentó algún problema congénito al nacer			
Lactancia materna exclusiva 6 meses			
Solo Lactancia artificial			
Lactancia mixta			
Uso biberón			
Uso chupón			

**4. Antecedentes de Salud (anote edad en meses y/o años)**

\*Enfermedades:

---

\*Accidentes Graves:

---

\*Experiencias Traumáticas:

---

---

\*Temores Frecuentes:

---

---



\*Limitaciones físicas o sensoriales: \_\_\_\_\_

\*Alergias: \_\_\_\_\_

\*Vacunas: \_\_\_\_\_

\*Hospitalización, motivo: \_\_\_\_\_

\*¿Ha sido evaluado por un Psicólogo, Nutricionista, Neurólogo u otra especialidad médica? Especifique.

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

### 5. Desarrollo Infantil: (anote edad en meses y/o años)

\*Levantó la cabeza: \_\_\_\_\_

\*Se sentó: \_\_\_\_\_

\*Caminó solo: \_\_\_\_\_

\*Dijo sus primeras palabras: \_\_\_\_\_

Se demoró en su desarrollo psicomotor?	Si	No	Comentario.-
Gateo			
Se cae con frecuencia			
Pie plano			
Sabe nadar			
Montar bicicleta			
Alterna los pies al subir las escaleras			
Dificultades motoras			
Coordinado			
Descoordinado			
Hipertónico			
Hipotónico			
Movimientos lentos			
Ágil			



\*Diestro, Zurdo o Ambidiestro? \_\_\_\_\_

¿A qué edad inicio papillas?	Si	No	Especifique.-
¿Come solo?	Si	No	
¿Le dan de comer en la boca?	Si	No	
¿Con quién come?	Si	No	
Tiene buena alimentación?	Si	No	
¿Controla esfínteres? (día y noche)	Si	No	
¿Va al baño solo?	Si	No	
¿Ha recibido terapia de lenguaje?	Si	No	
¿Muestra dificultades en la comprensión de la palabra?	Si	No	
¿Muestra dificultades en la articulación de la palabra?	Si	No	

## 6. Hábitos actuales

\*¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_

\*¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_

\* ¿Cuál es su rutina para acostarse?

\_\_\_\_\_

\* ¿Come solo? Especifique \_\_\_\_\_

\* ¿Problemas en la alimentación? Especifique

\_\_\_\_\_

\*¿Qué hacen cuando no come?

\_\_\_\_\_

\* ¿Se viste solo? Especifique

\_\_\_\_\_

\*¿Usa pañales? Especifique: \_\_\_\_\_

\*¿Va al baño solo y sabe limpiarse? Especifique \_\_\_\_\_

## 7. Familia y Relaciones Sociales

\*Describe la relación entre padres:

\_\_\_\_\_

**\*Relación más común entre los padres:**

Respeto      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Anarquismo      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Imposición      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Cordialidad      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Autoritario      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

**\*Relación con los hijos:**

Autoritario      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Afectivo      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Castigador      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Sobreprotector      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Carente de Normas      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Indiferente      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )

Comprensivo      padre ( )      madre ( )      Ambos ( )



\*Motivos más frecuentes de discusión entre padres:

---

---

---

\* ¿Se lleva bien con sus hermanos? \_\_\_\_\_

\* ¿Tiene en casa pequeñas obligaciones? Cuáles? \_\_\_\_\_

\* El niño se muestra en el grupo...

Como líder  Como seguidor  Como aislado

\* En sus relaciones con los demás el niño/a...

Se aviene a las reglas del grupo  Es molesto  Es vergonzoso  Gana fácil nuevos amigos

\* ¿Cuántas horas juega su niño diariamente? \_\_\_\_\_

\* ¿Cuántas horas ve televisión? \_\_\_\_\_ ¿Qué programas ve? \_\_\_\_\_

## 8. Educación

\* ¿Con qué frecuencia elogian al niño? \_\_\_\_\_

\* ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que utilizan? Ejemplifique

---

---

\*Por lo general el castigo es dado por: \_\_\_\_\_

\*Existen interferencias por parte de: \_\_\_\_\_

\* ¿Con qué frecuencia castigan o premian? \_\_\_\_\_

\* ¿Cómo lo premian? \_\_\_\_\_

\* ¿Cómo reacciona el niño/a ante el castigo?

---

---



\* ¿Cuáles son las dificultades que encuentra en su hijo?. Especifique

---

---

---

---

---

---

**9. Historia Escolar:**

\* Edad de inicio de escolarización: \_\_\_\_\_

\* ¿Tuvo problemas en el proceso de adaptación a la situación escolar en años pasados? Si, no? Especifique

---

---

\* ¿Presentó dificultades en su conducta? Especifique

---

---

\* ¿Presenta dificultades en su aprendizaje?

---

---

\* ¿Quién se encarga de revisar y apoyar el desarrollo de tareas en casa?

---

\* ¿Cómo describirías la vida escolar de tu hijo/a?

---

---

---

FECHA:.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O APODERADO