



## ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS

### Síntesis de los antecedentes de salud, escolares y sociales del estudiante

Esta pauta –de uso optativo– ha sido diseñada para facilitar a los profesionales que realizan los procesos de evaluación de NEE, en el marco del Decreto 170, la recogida de antecedentes de anamnesis relevantes del estudiante. Puede ser completada por uno o más profesionales en el proceso de detección y evaluación de las NEE que presenta el alumno(a) y de los apoyos que requiere para aprender y participar en el contexto escolar.

#### 1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre				Sexo	F	M
Fecha Nacimiento	Edad actual	años	meses	País natal:		
Domicilio actual:				Teléfono		
Lengua materna	Grado dominio	comprende <input type="checkbox"/> habla <input type="checkbox"/> lee <input type="checkbox"/> escribe <input type="checkbox"/>				
Lengua de uso	Grado dominio	comprende <input type="checkbox"/> habla <input type="checkbox"/> lee <input type="checkbox"/> escribe <input type="checkbox"/>				
Escolaridad actual:	Establecimiento					

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL O LOS INFORMANTES

1. Fecha de la entrevista:		2. Fecha de la entrevista:	
Nombre:		Nombre:	
Relación con el/la estudiante:		Relación con el/la estudiante:	
En presencia de (miembro de la familia, intérprete, otro/a)		En presencia de (miembro de la familia, intérprete, otro/a):	
3. Fecha de la entrevista:		4. Fecha de la entrevista:	
Nombre:		Nombre:	
Relación con el/la estudiante:		Relación con el/la estudiante:	
En presencia de (miembro de la familia, intérprete, otro/a)		En presencia de (miembro de la familia, intérprete, otro/a):	

#### 3. IDENTIFICACIÓN DEL O LOS ENTREVISTADORES

1. Fecha de la entrevista:		2. Fecha de la entrevista:	
Nombre:		Nombre:	
Rol/cargo:		Rol/cargo:	
3. Fecha de la entrevista:		3. Fecha de la entrevista:	
Nombre:		Nombre:	
Rol/cargo:		Rol/cargo:	

#### 4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN QUE MOTIVA LA ENTREVISTA

--

#### 5. ANTECEDENTES RELATIVOS AL DESARROLLO Y A LA SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

¿El o la estudiante tiene algún diagnóstico previo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especificar)	
Pediatría:	Psicología:
Kinesiología:	Psiquiatría:
Genético:	Psicopedagogía:
Fonoaudiología:	Terapia Ocupacional:
Neurología:	Otro:



### ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS

Síntesis de los antecedentes de salud, escolares y sociales del estudiante

5.1. Primer año de vida											
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea (señalar motivo)											
Tuvo asistencia médica durante el parto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Peso:			Talla:			
<b>Señale antecedentes relevantes del Embarazo y Parto:</b>											
<b>Señale si durante los doce primeros meses de vida el niño o niña presentó:</b>											
Desnutrición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Traumatismos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Encefalitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Intoxicación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Meningitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Fiebre alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otra(s)					
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especifique motivos y duración:								
Se realizaron controles periódicos de salud				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Vacunas		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<b>Observaciones:</b>											
5.2. Desarrollo Sensorio Motriz											
<b>Edad en que el niño (a)</b>											
Fija la cabeza:			Se sienta sólo/a:			Camina sin apoyo:					
Primeras palabras:			Primeras frases:			Se viste solo/a:					
Controla esfínter vesical Diurno: _____ Nocturno: _____					Controla esfínter anal Diurno: _____ Nocturno: _____						
<b>Observaciones:</b>											
<b>En su actividad motora general se aprecia:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> activo <input type="checkbox"/> hiperactivo <input type="checkbox"/> hipoactivo					<b>Su tono muscular general se aprecia:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hipertónico <input type="checkbox"/> hipotónico						
<b>En relación con su motricidad gruesa se aprecia:</b>											
Estabilidad al caminar		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caídas frecuentes		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dominancia lateral		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>En relación con su motricidad fina el niño (a) logra:</b>											
Garra		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Prensión		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pinza		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ensarta		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dibuja		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Escribe		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>En relación con algunos signos cognitivos el niño (a)</b>											
Reacciona a voces o caras familiares			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Manipula y Explora objetos			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Demanda objetos y compañía			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comprende prohibiciones			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Sonríe, balbucea, grita, llora, indica o señala			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Posee evidente descoordinación ojo-mano			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
<b>Observaciones:</b>											



### ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS

Síntesis de los antecedentes de salud, escolares y sociales del estudiante

5.3. Visión - Audición:					
Se interesa por los estímulos visuales (colores, formas, movimientos, etc.)	Sí	No	Se interesa por los estímulos auditivos (ruidos, voces, música, etc.)	Sí	No
En ocasiones tiene los ojos irritados o llorosos	Sí	No	Reacciona o reconoce voces o sonidos familiares	Sí	No
Presenta dolores frecuentes de cabeza	Sí	No	Gira la cabeza cuando se le llama o ante un ruido fuerte	Sí	No
Se acerca o aleja demasiado los objetos a la vista (frunce el ceño)	Sí	No	Acerca los oídos a la TV, radio o fuente de sonido.	Sí	No
Sigue con la vista el desplazamiento de los objetos o personas	Sí	No	En ocasiones se tapa o golpea los oídos	Sí	No
Presenta movimientos oculares "anormales"	Sí	No	Presenta frecuentes dolores de oídos	Sí	No
Manifiesta conductas "erróneas" (tropezos, choques)	Sí	No	La pronunciación oral es adecuada	Sí	No
Presenta diagnóstico médico de miopía, estrabismo, astigmatismo, u otro.	Sí	No	Presenta diagnóstico médico de otitis crónica, hipoacusia u otra.	Sí	No
<b>Observaciones:</b>					

5.4. Desarrollo del Lenguaje					
<b>El niño (a) se comunica preferentemente en forma</b>					
<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> gestual <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> otro (especifique):					
<b>Características del lenguaje expresivo</b>					
Balucea (oral o señas)/emite sonidos	Sí	No	Emite/produce frases	Sí	No
Vocaliza/realiza gestos o señas aisladas	Sí	No	Relata experiencias	Sí	No
Emite palabras/produce señas	Sí	No	La emisión/pronunciación/producción es clara	Sí	No
<b>Características del lenguaje comprensivo</b>					
Identifica objetos	Sí	No	Sigue instrucciones simples	Sí	No
Identifica personas	Sí	No	Sigue instrucciones complejas	Sí	No
Comprende conceptos abstractos	Sí	No	Sigue instrucciones grupales	Sí	No
Responde en forma coherente preguntas de la vida diaria	Sí	No	Comprende relatos, noticias, cuentos cortos	Sí	No
Manifiestó pérdida del lenguaje oral (especifique edad y motivos):					
<b>Observaciones:</b>					

5.5. Desarrollo Social					
Se relaciona espontáneamente con las personas de su entorno natural.	Sí	No	Se relaciona en forma colaborativa	Sí	No
Explica razones de sus comportamientos y actitudes	Sí	No	Respeto normas sociales	Sí	No
Participa en actividades grupales	Sí	No	Respeto normas escolares	Sí	No
Opta por trabajo individual	Sí	No	Muestra sentido del humor	Sí	No
Presenta lenguaje ecolálico	Sí	No	Movimientos estereotipados	Sí	No
Exhibe dificultad para adaptarse a situaciones nuevas	Sí	No	Pataletas frecuentes	Sí	No
<b>Ante los siguientes estímulos su reacción es:</b>					
<b>Luces:</b> <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> desmesurada		<b>Sonidos:</b> <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> desmesurada		<b>Personas extrañas:</b> <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> desmesurada	
<b>Observaciones:</b>					





**ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS**

*Síntesis de los antecedentes de salud, escolares y sociales del estudiante*

**7. ANTECEDENTES ESCOLARES Y APOYO DE LA FAMILIA**

Trayectoria escolar											
Edad de ingreso al sistema escolar		Asistió a jardín infantil					Sí	No			
Nº de colegios en que ha estudiado		Modalidad de enseñanza Regular <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/>									
Motivo de los cambios:											
Ha repetido curso/s		Sí	No	Curso(s)		Motivo:					
Situación actual											
Nivel/curso actual			Dificultad de aprendizaje	Sí	No	Dificultad para participar	Sí	No	Conducta disruptiva	Sí	No
Asiste regularmente	Sí	No	Asiste con agrado	Sí	No	Apoyo familiar en tareas	Sí	No	Amigos (as)	Sí	No
Actitud de la familia											
¿Cómo evalúa la familia el desempeño escolar del estudiante? <input type="checkbox"/> satisfactorio <input type="checkbox"/> insatisfactorio (motivos) .....											
¿Cuál es la respuesta de la familia frente a las dificultades escolares del estudiante? <input type="checkbox"/> apoyo <input type="checkbox"/> castigo <input type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> compasión <input type="checkbox"/> tensión <input type="checkbox"/> otra .....											
¿Cuál es la respuesta de la familia frente a los éxitos escolares del estudiante? <input type="checkbox"/> apoyo <input type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> otra .....											
Especifique el tipo de refuerzos o premios: <input type="checkbox"/> expresiones afectivas <input type="checkbox"/> alimentos preferidos <input type="checkbox"/> ver TV <input type="checkbox"/> juguetes <input type="checkbox"/> tiempo libre <input type="checkbox"/> otro(s).....											
¿Quiénes apoyan el proceso de aprendizaje y desarrollo del estudiante? <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermanos/as <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Otros profesionales .....											
¿Qué expectativas muestra la familia frente al futuro escolar del estudiante? <input type="checkbox"/> alta (incluye al grupo familiar) <input type="checkbox"/> mediana (incluye sólo madre/padre) <input type="checkbox"/> baja (no incluye a ningún miembro)											
¿Ofrece la familia un ambiente físico y emocional adecuado para el aprendizaje? <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Sólo físico (espacios, materiales, ventilación, luminosidad) <input type="checkbox"/> Sólo emocional (tranquilo, relajado, comprensivo)											
Comentarios u otras observaciones relevantes que no se han registrado o explorado:											



Ley 20.201 – Decreto 170/2009  
Evaluación Diagnóstica Integral de Necesidades Educativas Especiales

## **ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS**

*Síntesis de los antecedentes de salud, escolares y sociales del estudiante*