



HISTORIA CLÍNICA

CICLO ESCOLAR 2024- 2025

Estimados padres de familia:

- ☺ Favor de proporcionar los datos con la mayor profundidad y amplitud posibles.
- ☺ Indispensable reportar por escrito cualquier cambio en las condiciones del alumno!

Fecha de llenado:

Grado a cursar:

DATOS DEL ALUMNO

Apellido (1)			Apellido (2)			Nombre (s)		
Nacimiento:								
Fecha (Día/Mes/Año)			Lugar			Nacionalidad		
Edad actual:		Edad al 1° de Sept. de 2024:			El niño vive con:			
Estatura:		Peso:		Lateralidad:			Tipo de sangre:	
Correo electrónico del alumno:					Celular del alumno:			
Escuela de procedencia:								

DATOS DEL PRIMER RESPONSABLE

Apellido (1)			Apellido (2)			Nombre (s)		
Nacimiento:								
Fecha (Día/Mes/Año)			Lugar			Nacionalidad		
Edad actual:		Escolaridad:						
Domicilio de casa:								
Calle y número exterior e interior					Entre las calles			
Colonia			Municipio			C.P.		
Ocupación:		Empresa:						
Puesto:		Antigüedad:				Horario:		
Teléfonos:		Oficina:		Celular:		Correo electrónico :		
Casa:		Oficina:		Celular:		Correo electrónico :		



DATOS DEL SEGUNDO RESPONSABLE

Apellido (1)				Apellido (2)		Nombre (s)	
Nacimiento:							
Fecha (Día/Mes/Año)				Lugar		Nacionalidad	
Edad actual:		Escolaridad:					
Domicilio de casa:							
Calle y número exterior e interior				Entre las calles			
Colonia			Municipio			C.P.	
Ocupación:		Empresa:					
Puesto:		Antigüedad:			Horario:		
Teléfonos:		Oficina:		Celular:		Correo electrónico :	
Casa:							

OTROS CONTACTOS

Otras personas, especificando parentesco y teléfonos a contactar en caso de emergencia:

DATOS DE OTROS HIJOS

	Nombre de los hijos	Fecha nacimiento	Gestación duró:	Complicaciones:
1				
2				
3				

SITUACIONES DE OTROS EMBARAZOS E HIJOS

¿Alguno de los hijos presenta situación médica, emocional, genética, de desarrollo comportamiento o aprendizaje ? Si _____ No _____
Mencionar el tipo de situación y su manejo:
Citar abortos, en caso de haberlos tenido, especificando mes de gestación y fecha:

PERIODO PRE-NATAL

Embarazo a término:	Si _____	No _____	Aumento total de peso:
Fecha probable de parto:			Fecha del nacimiento:



Estado emocional de la madre durante el embarazo:

Dificultades durante el embarazo, indicando cuáles, en su caso, así como la manera en que fueron tratadas:

Utilizar el cuadro siguiente para registrar situaciones durante el embarazo. Agregar cualquier condición relevante que no se incluya:

Anemia	Tabaquismo	Eclampsia	Pre eclampsia
Presión alta	Presión baja	Alcoholismo	Rubeola
Caídas	Amenaza de aborto	Placenta previa	Desprendimiento placenta
Diabetes	Convulsiones	Desmayos	Poliomielitis
Cirugías	Hepatitis	Ansiedad	Depresión

Otros:

Medicamentos prescritos y tomados durante el embarazo:

Entrenamiento recibido durante el embarazo: (Psicoprofilaxis, yoga, etc.):

Actitud y colaboración del padre durante el embarazo:

NACIMIENTO

Vía: Vaginal o Cesárea	Posición: Cefálica:	Otra: ¿Cuál?
Llanto y respiración	A tiempo Morado Azul	¿Requirió maniobra especial?
Tono muscular	Adecuado Flácido	Rígido
Reflejos	Adecuados Lentos	Alterados
Ictericia		
Talla:	Peso:	Apgar:



¿Entró y participó el padre en el parto?

Otros comentarios:

NEONATAL

Tipo de alimentación recibida al nacer y duración:

Dificultades con la alimentación:

Ciclos de sueño y de vigilia. Explicar patrones de sueño:

Reacciones emocionales del bebé:

¿Presentó llanto exagerado?

¿Era difícil consolarlo?

DESARROLLO MOTRIZ

Indicar a qué edad se observaron las conductas siguientes:

Sostener cabeza

Sentarse

Gatear

Caminar

Correr

¿Presentó alguna dificultad en la coordinación de sus movimientos?

¿Alguna de equilibrio?

¿Le preocupa su actual desarrollo motriz?

¿Requirió de alguna corrección ortopédica al nacer?

Actualmente, ¿recibe algún tratamiento en esta área?



DESARROLLO LINGÜÍSTICO

Indicar edad de aparición de las conductas siguientes, ejemplos y comentarios al respecto:
Balbucear:
Primeras palabras comprensibles:
Frases de dos palabras:
Enunciados completos:
¿Notó dificultad para pronunciar algún fonema? Explique por favor.
¿Se comunicaba más con señas que con palabras?
¿Tiene alguna preocupación por su desarrollo de lenguaje?
¿Ha habido problemas o situaciones con el lenguaje en otros familiares? Especificar.

DESARROLLO PSICO-SOCIAL

Describa ¿Cómo es el humor y reacciones emocionales de su hijo?			
Señale los adjetivos que considere aplicables:			
Sociable	Reactivo	Risueño	Desesperado
Berrinchudo	Carismático	Enojón	Indiferente
Agresivo	Voluble	Celoso	Impredecible
Impulsivo	Distraído	Sensible	Conciliador
Ecuánime	Ansioso	Nervioso	Temeroso
Paciente	“Sangre liviana”	Aprehensivo	Soñador
Atento	Asertivo	Ocurrente	Cariñoso
Ensimismado	Irritable	Simpático	Introvertido
Otros:			



¿Prefiere jugar sólo o con otros niños? Explique, describiendo el tipo de juego.

Edades de los niños con los que generalmente juega o convive.

Juegos o actividades preferidas:

Describa acciones y lenguaje mientras juega solo - ¿Platica? ¿Hace ruidos?

Tiempo diario que pasa con la mamá y actividades que realiza con ella:

Adultos significativos, además de sus padres, con quienes tiene contacto:

1-

2-

3-

¿Hay miembros de la familia que manifiestan conductas hiperactivas, déficit de atención y/u otros comportamientos que interfieran o afecten el aprendizaje, o las relaciones inter-personales? Explicar.

PASATIEMPOS CON LIBROS Y PANTALLAS

¿Cuánto tiempo diario invierte interactuando con libros? Puede ser leyendo palabras o solamente las imágenes o ilustraciones.

¿Cómo y quién selecciona los libros?

¿Dónde suele leer?

¿Cuánto tiempo diario pasa frente a la televisión?

¿Dónde se encuentra la televisión que ve el niño?



¿Con quién ve la televisión?

¿Quién elige los programas?

¿Cuáles programas ve cada día?

¿Cuáles son sus programas favoritos?

¿Cuánto tiempo diario pasa frente a la computadora?

¿Dónde se encuentra la computadora que utiliza el niño?

¿Tiene acceso libre a Internet por medio de la computadora?

¿Tiene acceso libre a Internet por medio del celular?

¿Quién elige los programas y/o sitios de navegación?

¿Cómo se supervisa el contenido al que accede en Internet?

¿Usa video juegos el niño?

¿Cuáles son sus favoritos?

¿Cuánto tiempo invierte en esta actividad cada día?



¿Juega solo o acompañado?

¿Con quién y cómo comparte lo que hace en los video juegos?

¿Algún otro miembro de la familia, adulto o niño, es aficionado a estos juegos?

¿Cómo se acuerdan las reglas para el uso de estos juegos, del uso de la televisión y de cualquier otra pantalla, como I-Pod, I-Pad, celular o cualquier otro recurso tecnológico?

ACTIVIDADES DEPORTIVAS, CULTURALES Y ARTÍSTICAS

¿Cuáles deportes practica de manera regular?

¿Asiste a clases de alguna disciplina deportiva, de danza, música, pintura u otra?

¿Qué lugar de importancia tiene en la familia esta práctica? (Se considera como un hobby o como una disciplina en la que tiene que perseverar y practicarla a nivel formal)

RUTINAS

¿Cuántas horas duerme actualmente el alumno?

Describe su alimentación:

Actividades físicas, recreativas y culturales que realiza:

Describe un día típico de actividades del alumno, mencionando horarios y personas con quienes



interactúa.

MANEJO DE LA DISCIPLINA

¿Qué es para usted un “niño disciplinado”?

¿Cómo se establecen las normas en la casa?

¿Cómo llegan los padres a acuerdos sobre los límites a establecer al hijo?

¿Qué pasa cuando las reglas no son cumplidas?

¿Cuáles son las consecuencias más severas o radicales implementadas?

¿Cuáles consecuencias funcionan mejor?

¿A quién “obedece” mejor el niño y por qué?

Nombre las responsabilidades que tiene el niño en casa:

¿Cómo sabe el niño que se espera el cumplimiento de esas responsabilidades?

ASPECTOS MÉDICOS

Enfermedades que ha padecido el alumno, especificando edad en que las presentó:

Diabetes	Hipotonía	Deshidratación	Asma
Parálisis	Cefaleas	Dermatitis	Varicela



Rubeola	Hepatitis	Rota-virus	Influenza
Cardiopatías	Gastritis	Colitis	Paperas
Otras enfermedades:			
Cirugías: (¿Cuáles? ¿Cuándo?)			
Alergias: Describir reacciones y medidas que debemos tomar en la escuela:			
A medicamentos:			
A alimentos:			
A piquetes de animales:			
Convulsiones, espasmos del sollozo o ausencias. En caso de haberlas presentado, indicar medidas si se presentaran en la escuela.			
Golpes o traumatismos cráneo-encefálicos. Indicar cuándo ocurrieron y secuelas.			
Fracturas y dislocaciones. Describir necesidad de reducir dislocaciones, en su caso.			
Problemas visuales: (Es requisito presentar estudio de oftalmólogo o de optometrista estableciendo si hay o no alguna dificultad visual)			
Problemas auditivos: (Es requisito presentar constancia de otorrino o de pediatra estableciendo si hay o no alguna dificultad a)			
Diarrea o estreñimiento crónicos:			
Problemas metabólicos:			
Cuadro de vacunas:	Completo	Incompleto	No recibe
Medicamentos prescritos actualmente. Especificar motivo, dosis y periodicidad.			
La familia recurre a	Homeopatía	Alopatía	Otro: (especificar)



ESPECIALISTAS EN CUALQUIER ÁREA QUE VEN AL ALUMNO REGULARMENTE: Pediatra, terapeuta, neurólogo, neumólogo, alergólogo, otro. Detallar cada uno; varios si es el caso.

Especialista en:	Nombre completo:	Teléfono:
Correo electrónico:	Tipo de atención:	Periodicidad de citas:
Medicamentos:	Dosis:	Frecuencia administración:

Para aplicación de medicamentos controlados y no controlados en casos de emergencia, entregar receta especificando medicamentos, dosis y forma de administración. Proveernos de estos medicamentos para casos excepcionales, verificar caducidad y actualizar receta periódicamente es responsabilidad de la familia.

Evaluaciones psicoeducativas, neuropsicológicas y programas: anexar copia.

ANTECEDENTES ESCOLARES

¿En qué escuela ha estudiado?

¿Ha recibido educación bilingüe?

Especificar grados cursados en cada institución

Grados cursados	Escuelas	Ciclo escolar

Resumen de experiencias previas:

NOMBRE Y DOSIS DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS QUE PODRÍAN ADMINISTRARSE EN LA ESCUELA:

Dolor de cabeza:	Dolor de estómago:
Fiebre:	Dolor de oído:
Dolor de garganta:	Otros:



CENTRO EDUCATIVO KOALA

ESCUELA IGNACIO DÍAZ MORALES

--	--

OTROS COMENTARIOS QUE COMPLEMENTEN ESTA HISTORIA CLÍNICA

--

Nombre, firma e identificación del responsable del llenado de este formato: