



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	Juanita González Gómez			Sexo	F	M
Fecha Nacimiento	25/10/2010	Edad actual	8 años	11 meses	País natal: Chile	
Domicilio actual:				Teléfono		
Lengua materna	Español	Grado dominio	comprende <input checked="" type="checkbox"/>	habla <input checked="" type="checkbox"/>	lee <input checked="" type="checkbox"/>	escribe <input checked="" type="checkbox"/>
Lengua de uso	Español	Grado dominio	comprende <input checked="" type="checkbox"/>	habla <input checked="" type="checkbox"/>	lee <input checked="" type="checkbox"/>	escribe <input checked="" type="checkbox"/>
Escolaridad actual:	2do básico	Establecimiento	Escuela Arturo Prat.			

2. IDENTIFICACIÓN DEL O LOS INFORMANTES

1. Fecha de la entrevista:	04 sept. 2019	2. Fecha de la entrevista:	04 sept. 2019
Nombre:	Marie Gómez	Nombre:	Claudio Sagrano
Relación con el/la estudiante:	madre	Relación con el/la estudiante:	Profesor jefe
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:	04 sept. 2019	2. Fecha de la entrevista:	04 sept. 2019
Nombre:	Laura Pulgar	Nombre:	Carlos Espiguel
Rol/cargo:	Psicóloga PIE	Rol/cargo:	Psicólogo Escuela
3. Fecha de la entrevista:	04 sept 2019	3. Fecha de la entrevista:	
Nombre:	Rocio Puen	Nombre:	
Rol/cargo:	Psicóloga Escuela	Rol/cargo:	

4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN QUE MOTIVA LA ENTREVISTA

Profesor jefe presenta inquietud a profesional por desempeño verbal de la niña, para conocer el nivel cognitivo y la eventualidad de requerir apoyo psicológico u otro.

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

¿El o la estudiante tiene algún diagnóstico previo? No 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 checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea (señalar motivo)											
Tuvo asistencia médica durante el parto? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Peso:		Talla:				
Señale antecedentes relevantes del Embarazo y Parto:											
Embarazo no progredió, causó que tuvieran que cesarame por posible de la madre. Existió consumo de tabaco. Parto normal con complicación APGAR 7. Inicie que se sintió triste durante este periodo.											
Señale si durante los doce primeros meses de vida el niño o niña presentó:											
Desnutrición	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Traumatismos	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Encefalitis	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No			
Obesidad	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Intoxicación	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Meningitis	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No			
Fiebre alta	<input checked="" type="checkbox"/> Si	No	Enfermedad respiratoria	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Otra(s)					
Convulsiones	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Asma	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No						
Hospitalizaciones	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Especifique motivos y duración:								
Se realizaron controles periódicos de salud				Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Vacunas		Si	No		
Observaciones:											
No se lleve a todos los controles establecidos de niño sano. Situación que se no normalizarse a la fecha, por orden del tribunal. (refiere que le "obligan" desde OPA)											
5.2. Desarrollo Sensorio Motriz											
Edad en que el niño (a)											
Fija la cabeza:			Se sienta sólo/a:			Camina sin apoyo:					
Primeras palabras:			Primeras frases:			Se viste solo/a:					
Controla esfínter vesical					Controla esfínter anal						
Diurno: _____ Nocturno: _____					Diurno: _____ Nocturno: _____						
Observaciones:											
En su actividad motora general se aprecia:					Su tono muscular general se aprecia:						
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> activo <input checked="" type="checkbox"/> hiperactivo <input type="checkbox"/> hipoactivo					<input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hipertónico <input type="checkbox"/> hipotónico						
En relación con su motricidad gruesa se aprecia:											
Estabilidad al caminar		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Caídas frecuentes		Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Dominancia lateral		Si	No
En relación con su motricidad fina el niño (a) logra:											
Garra		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Prensión		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pinza		Si	No
Ensarta		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dibuja		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Escribe		Si	No
En relación con algunos signos cognitivos el niño (a)											
Reacciona a voces o caras familiares				<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Manipula y Explora objetos				<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Demanda objetos y compañía				<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Comprende prohibiciones				<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sonríe, balbucea, grita, llora, indica o señala				<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Posee evidente descoordinación ojo-mano				Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
Observaciones:											



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

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

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



ENTREVISTA A LA FAMILIA / ANAMNESIS

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

5.6. Estado Actual de Salud del/la Estudiante					
Vacunas al día	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Trastorno motor	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Problema bronco-respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Enfermedad infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Paraplejía	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Trastorno emocional	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Trastorno conductual	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Pérdida visual	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Otro (especifique):		

El o los problemas de salud reciben control/tratamiento (especifique):

Alimentación: normal "malo/a" para comer "bueno/a" para comer Otro (especifique) *normal solo en frías de verano*

Peso (apreciación del informante): normal bajo peso obesidad

Sueño: normal tranquilo inquieto Horas que duerme: *6 horas app.*

insomnio pesadillas terrores nocturnos sonambulismo despierta de buen humor
Duerme: solo acompañado (Especifique):

Humor/comportamiento (*señale el comportamiento habitual*)

alegre juguetón/bromista risueño(a) triste serio rebelde apático violento(a)

Otro:

Observaciones:

no se destaca aquí a compañeros de aula, sin embargo madre indica que si lo es en casa - indica que al nacer su hermano presentó parálisis y golpes a compañeros de J.T.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Personas que viven con el niño o niña y/o que son que son responsables de su cuidado.				
Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación actual
1. <i>Marié Gómez</i>	<i>madre</i>	<i>27</i>	<i>medie</i>	<i>dueña casa</i>
2. <i>Victor González</i>	<i>Padre</i>	<i>30</i>	<i>medie</i>	<i>construcción</i>
3. <i>Ricardo González</i>	<i>Hermano</i>	<i>5</i>	<i>preescolar</i>	<i>—</i>
4. <i>Florencia González</i>	<i>Hermana</i>	<i>1 año</i>	<i>—</i>	<i>—</i>
5.				
6.				
7.				
8.				

Antecedentes de Salud de la Familia

(Señale aquellos antecedentes que son relevantes en función de la entrega de apoyos que requiere el o la estudiante):

padre y niños sanos, consumo esporádico de alcohol y tabaco por parte de padres. madre manifestó sentirse atemorada por actuar si tenía fiebre.

Observaciones:



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	2 años		Asistió a jardín infantil				<input checked="" type="checkbox"/>	Si		No	
Nº de colegios en que ha estudiado	2		Modalidad de enseñanza				Regular <input checked="" type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/>				
Motivo de los cambios: Transición pre escolar a básica											
Ha repetido curso/s	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Curso(s)	Motivo: calificación deficiente							
Situación actual											
Nivel/curso actual	2º año		Dificultad de aprendizaje	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Dificultad para participar	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Conducta disruptiva	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Asiste regularmente	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Asiste con agrado	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Apoyo familiar en tareas	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	Amigos (as)	Si	<input checked="" type="checkbox"/>
Actitud de la familia											
¿Cómo evalúa la familia el desempeño escolar del estudiante?											
<input type="checkbox"/> satisfactorio <input checked="" type="checkbox"/> insatisfactorio (motivos) ... bajas calificaciones											
¿Cuál es la respuesta de la familia frente a las dificultades escolares del estudiante?											
<input type="checkbox"/> apoyo <input checked="" type="checkbox"/> castigo <input type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> compasión <input checked="" type="checkbox"/> tensión <input type="checkbox"/> otra ... se castiga y reproche conductas											
¿Cuál es la respuesta de la familia frente a los éxitos escolares del estudiante?											
<input type="checkbox"/> apoyo <input checked="" type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> otra ... no se destaca con logros											
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 checked="" type="checkbox"/> Otros profesionales ... sólo ámbito académico											
¿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 checked="" 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 checked="" 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:											
La familia actualmente se encuentra ingresada a OPD por violencia intrafamiliar, se le brinda apoyo, pero se ha ausentado de las últimas sesiones.											



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