

# ANAMNESIS PEDIÁTRICA

Nombre y apellidos:

Fecha de hoy:

*Por favor, responde al cuestionario con sinceridad y concreción.*

## Historial de desarrollo

- Fecha de nacimiento del niño:
- ¿Nació su hijo a término o se adelantó o retrasó?
- ¿La madre experimentó algún problema de salud durante el embarazo?
- ¿Fue un nacimiento normal o por cesárea?
- ¿Hubo alguna complicación antes, durante, o después del parto?
- ¿Se utilizó fórceps o ventosas?
- ¿Cuánto pesó?
- ¿Gateó su hijo?      ¿A qué edad?      ¿Necesitó ayuda?
- ¿A qué edad comenzó a balbucear?      ¿Y a hablar?
- ¿Habló claro más tempranamente que otros?      ¿Es su habla clara ahora?
- Su hijo de pequeño, ¿era activo?      ¿Y ahora?

## Historial de salud

- Haga una breve descripción de las condiciones físicas del niño:

- ¿Su niño es generalmente saludable?
- ¿Tiene algún problema crónico como infección de oído, asma, fiebre alta, alergias?
- ¿Ha sufrido algún traumatismo?      ¿De qué tipo?
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?      ¿Se usó anestesia general?
- Cite los medicamentos que toma su hijo habitualmente:

- ¿Se le ha realizado alguna evaluación neurológica y/o psicológica?
- ¿Por quién? ¿Con qué resultados y recomendaciones?

- ¿Existe algún historial de lo siguiente en el paciente o en la familia directa?
  - Diabetes ¿de qué tipo?
  - Ojo torcido:
  - Problema cromosómico (p.ej., síndrome de Down):
  - Glaucoma:
  - Hipertensión:
  - Problemas de aprendizaje:

# ANAMNESIS PEDIÁTRICA

- Ambliopía (ojo vago):
- Esclerosis múltiple:
- Epilepsia o convulsiones:
- Otras:

## Historial auditivo

- Describe su historial de otitis:

- ¿Comprende lo que lee cuando lo hace en voz alta?
- ¿Es capaz o incapaz de seguir instrucciones complejas?
- ¿Habla fuerte?
- ¿Presenta problemas de atención?
- ¿Ha tenido algún tratamiento de logopedia?
- ¿Sufre acúfenos (sensación de oír sonidos o zumbidos que no existen realmente)?
- ¿Le gusta oír relatos o cuentos?
- ¿Se pierde durante la clase a menudo?
- ¿Dice mucho “qué” cuando le hablan?
- ¿Presenta problemas de dicción?
- ¿Le cuesta contar bien las cosas?
- ¿Ha recibido algún tratamiento relacionado con la audición?
- Si es sí, ¿de qué tipo?                      ¿Con qué resultados?

## Información nutricional

- Dieta actual (*marca el que corresponda*): Excelente Buena Regular Pobre
- A su niño ¿le gustan los dulces?      ¿Siente ansiedad por ellos?
- ¿Su niño es activo?      ¿Mucho, poco, moderadamente?
- ¿Tiene períodos de muy alta energía seguidos de muy baja energía?
- ¿Le han realizado algún test de intolerancia alimenticia?                      ¿De qué tipo?

## Queja principal

- Motivo de la visita (*con sus propias palabras*):

- ¿Cuál es el problema?                      ¿Qué motivó al paciente a venir a consulta?
- ¿Por qué cree que le ocurre? ¿Lo relaciona con algo?

# ANAMNESIS PEDIÁTRICA

- ¿Le ha ocurrido con anterioridad?      ¿Desde cuándo?
- ¿Qué síntomas tiene?
- Explique bien todo lo que le ocurre:

- Durante la comunicación, ¿sabe el niño detectar y respetar los turnos de palabra?
- ¿Por qué cree que necesita su hijo un examen visual?
- ¿Ha manifestado alguna vez su hijo alguno de los siguientes síntomas?
  - Dolor de cabeza:
  - Visión borrosa:
  - Visión doble:
  - Ojos doloridos o cansados:
  - Se le mueven las palabras en la página:
  - Cite cualquier otra queja que tenga su hijo, relacionada con la visión:

## Comportamiento visual

- ¿Se acerca mucho al texto para leer o escribir?
- ¿Cierra un ojo o se lo tapa?
- ¿Tiene los ojos enrojecidos frecuentemente?
- ¿Se frota los ojos a menudo?      ¿En qué momentos?
- ¿Parpadea excesivamente?
- ¿Tiene orzuelos con frecuencia?
- ¿Mueve la cabeza cuando lee y/o escribe?
- ¿Acompaña la lectura con el dedo?
- ¿Confunde las letras o las palabras?
- ¿Invierte las letras o las palabras?
- ¿Se salta, relee u omite palabras o renglones?
- ¿Vocaliza en voz baja cuando lee?
- ¿Es lento en la lectura?
- ¿Su comprensión lectora es baja?
- ¿Se cansa físicamente?      ¿Tiene poca capacidad de atención?
- ¿Le disgusta leer o escribir?
- ¿Presenta una coordinación general deficiente?
- ¿Le molesta la luz?
- ¿Le cuesta trabajo de distinguir objetos de lejos?

# ANAMNESIS PEDIÁTRICA

## Historia visual

- ¿Cuándo se realizó el último examen visual?
- ¿Quién lo realizó?
- ¿Cuáles fueron los resultados?
- ¿Le prescribieron gafas?            ¿Las ha utilizado?            ¿Cuándo?
- Si no las usó, ¿por qué?
- Además de las gafas, ¿se le ha prescrito algún otro tratamiento?
- ¿Se le ha prescrito recientemente a tu hijo terapia visual?            ¿Cuándo?            ¿Con qué resultados?

## Conducta general

- ¿Existen problemas de comportamiento?            ¿En el colegio?            ¿En casa?
- ¿A qué se atribuyen estos problemas?

- ¿Tu hijo hace cosas impulsivamente?            ¿Está en movimiento constante?
- ¿Puede mantenerse sentado durante largos períodos de tiempo?
- ¿Ha pasado el niño por alguna situación familiar dramática (divorcio, pérdida de los padres, enfermedades severas,...)?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué edad?            ¿Se inició algún asesoramiento a terapia?  
¿Su entorno familiar es estable ahora?

## Colegio

- ¿A qué edad entró su hijo a la guardería?
- ¿Le gusta el colegio?            ¿Y su profesor?
- ¿Cree que su hijo trabaja de acuerdo a su capacidad?
- Indica algunas dificultades que encuentra en el colegio:

- Describe el rendimiento académico del niño en:
  - Lectura:
  - Matemáticas:
  - Ortografía:
  - Escritura:
- ¿Ha tenido que repetir algún curso?            ¿Cuál?
- ¿Parece estar presionado cuando hace los deberes?

## ANAMNESIS PEDIÁTRICA

- ¿Ha tenido algún profesor particular o alguna ayuda especial? ¿De qué tipo?  
¿Cuándo y durante cuánto tiempo? ¿La mantiene aún? ¿Con  
qué resultados?

- ¿A su hijo le gusta leer? ¿Lee por afición?
- ¿Cuánto tiempo pasa cada día haciendo los deberes? ¿En qué medida le ayuda usted?
- ¿Cree que su hijo está alcanzando su potencial?
- ¿Siente el maestro que su hijo está alcanzando su potencial?

