



FICHA PSICOLÓGICA

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y Apellidos del niño(a): _____

Edad: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa el niño(a): _____

Colegio o Nido de procedencia: _____

El niño vive con:	Ambos padres ()	Solo con la madre ()	Solo con el padre ()
	Abuelos ()	Hnos. ()	Madre y 2do compromiso ()
	Padre y 2do compromiso ()	Otros: _____	

Cuando los padres trabajan, el niño(a) queda al cuidado de:
Papá () Mamá () Abuelos () Empleada () Otros: _____

Indique quién es el responsable económicamente del niño: _____

II. DATOS DEL DESARROLLO

PRE- NATAL:

Fue planificado: (Sí) (No) Tiempo de embarazo fue de: 9 meses () 8 meses ()
7 meses () 6 meses ()

Embarazo fue: Normal () Con riesgo () Con problemas emocionales ()
otros () _____

La madre tuvo enfermedades, accidentes, operaciones o algún proceso infeccioso en esta etapa:

(No) (Sí) EXPLIQUE: _____

PARTO:

Normal (Sí) (No) Con dificultades () debido a:
Cesárea: (Sí) (No)

AL nacer: Lloró Sí () No () Pesó: _____ Midió (talla): _____

Necesitó incubadora: (No) (Sí) Cuánto tiempo: _____

POST NATAL:

Tuvo lactancia materna: (No) (Sí) ¿Cuánto tiempo? _____

Usó Biberón (No) (Sí) Actualmente usa el biberón ()

Utilizó pañales hasta los: _____ Actualmente, usa pañales: (Sí) (No) solo en las
noches ()

Se sentó sin apoyo a los: _____ gateó a los: _____ Caminó: _____
Balbuceó a los: _____ Habló: _____ Presenta dificultades para hablar: (No) (Sí)
cuáles: _____

Entiende las órdenes o instrucciones: (Sí) (No) Se comunica con señas: (Sí) (No)

Su apetito es: regular () poco () bastante ()
presenta dificultades para masticar: (Sí) (No)

¿Ha tenido alguna enfermedad / accidente? (Sí) (No) Cuáles: _____
 ¿Ha presentado fiebre alta? (Sí) (No) ¿Convulsiones?: (Sí) (No)
 ¿desmayos? (Sí) (No)
 ¿Está recibiendo algún tratamiento / terapia ? : (No) (Sí) Cuáles _____
 Tiene alergia (No) (Sí) a _____

Utiliza preferentemente: la mano derecha () la mano izquierda () ambos manos ()
 Tiene torpeza en las manos: (Sí) (No) Tiene torpeza en los pies (Sí) (No)
 Su sueño es: tranquilo () tiene pesadillas () demora en dormir ()
 Duerme solo () Duerme con los padres () Duerme en el mismo cuarto de los padres ()

III. DINÁMICA FAMILIAR

Casados () Separados () Divorciados () Convivientes () Viudos () Soltera/o ()
 Si los padres están separados, informar si han contraído otro compromiso:
 Sí () No ()

En caso sea afirmativa la respuesta, comentar cómo se han organizado a nivel familiar:
 Días que permanece el niño(a) con el padre _____
 Días que permanece el niño(a) con la madre _____

Hermanos:

Nombres y apellidos	Edad	Colegio	Grado Escolar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Personas que viven en el hogar:

Nombres y apellidos	Edad	Tipo de relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nuestra relación de pareja actualmente está: unida () en conflicto () regular ()

La comunicación dentro de la familia es: Buena () regular () escasa ()

Las críticas dentro del hogar son: Frecuentes () a veces () nula ()

Los acuerdos son tomados por: El papá () La mamá () Abuelos () en familia ()

La disciplina la imparte: El papá () La mamá () Abuelos ()
 otros : _____

El niño obedece más a: El papá () La mamá () Abuelos () otros: _____

Cuando "no obedece o se porta mal" utilizan: Castigo físico () Castigo verbal () acuerdos () otros _____

IV. ESCOLARIDAD

Tuvo Estimulación Temprana: (No) (Sí) desde: _____

Inició su escolaridad a los: (2 años) (3 años) (4 años) (5 años). Recién inicia: _____

Su adaptación al nido fue: Buena () Regular () presentó dificultad en _____

Persona que cuida al niño cuando llega a casa: _____

¿Qué persona apoya al niño en actividades relacionadas con el nido, tales como trabajos, exposiciones y tareas? _____

A la fecha, la profesora del nido manifiesta que su avance académico: es _____

Su conducta es: _____

Sus mayores dificultades fueron: _____

¿Su niño presenta alguna dificultad en el lenguaje, psicomotricidad, atención, etc.?
(Mencione el tipo de dificultad)

¿En alguna oportunidad en el nido, centro de estimulación, talleres, consulta pediátrica o en otro lugar, ha recibido usted la sugerencia de realizar alguna evaluación adicional al niño(a) tal como evaluación de los niveles de lenguaje, audiometría, neurología, psicomotricidad, habilidades sociales, a nivel emocional, etc.?

Su niño ha sido evaluado por:

Especialidad	Fecha	Centro o Psicólogo(a) Particular
Especialista en lenguaje	_____	_____
Especialista en aprendizaje	_____	_____
Especialista en psicomotricidad	_____	_____
Psicólogo	_____	_____
Neurólogo	_____	_____
Otro	_____	_____

V. DESARROLLO SOCIAL

¿Le gusta estar en compañía de otros niños? _____

¿Cómo se comporta con ellos? _____

¿Cómo es su comportamiento con sus hermanos o primos? _____

¿Cómo se relaciona con otras personas? _____

VI. TIEMPO LIBRE

Asisten a misa: a veces () todos los domingos () nunca ()

Visita a los abuelos () Sale con su Papá () Sale con la Mamá () No salimos ()

Otros:

VII. METAS

¿Cuáles son las metas para sus hijos?
