

**ASPAEN  
PRE-ESCOLAR YATAY  
FICHA DE ANTECEDENTES**

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERINATALES**

Madre de \_\_\_\_\_ años. Producto del embarazo número: \_\_\_\_\_  
Medicamentos que tomó la madre durante la gestación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_  
Parto: Vaginal\_\_\_ Cesárea\_\_\_\_\_, si es cesárea, la causa: \_\_\_\_\_  
Enfermedades en el periodo neonatal: Fue Hospitalizado la primera semana:  
\_\_\_\_\_  
En el primer mes: \_\_\_ por qué causa y cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE ALIMENTARIOS**

Recibió leche materna? SI\_\_ NO\_\_ hasta qué edad? \_\_\_\_\_  
Otras formular lácteas? Cuáles ¿Y a qué edades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Edad de inicio alimentación complementaria? \_\_\_\_\_  
Actualmente tetero? Cuantos al día \_\_\_\_\_  
Alergias a algún alimento? \_\_\_\_\_  
Alimentos preferidos? \_\_\_\_\_  
Alimentos rechazados: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS**

VACUNAS: ESQUEMA DE VACUNACION RECIBIDO:

POLIO\_\_\_ DPT\_\_\_ MMR\_\_\_ TBC\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

HEPATITIS A\_\_\_ TUBERCULOSIS (BCG)\_\_\_ NEUMOCOCO \_\_\_\_\_

**NEURODESARROLLO**

- Levantó la cabeza a los \_\_\_\_\_ meses
- Sonrisa social desde los \_\_\_\_\_ meses
- Se volteó a los \_\_\_\_\_ meses
- Se sentó con ayuda a los \_\_\_\_\_ meses
- Gateo con apoyo a los \_\_\_\_\_ meses
- Camino sin apoyo a los \_\_\_\_\_ meses

VOCABULARIO ACTUAL: anotar el número de frases que usa, si usa frases cortas y completas:

\_\_\_\_\_

Control de esfínteres: SI\_\_\_NO\_\_\_Cuándo?\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

- Ha sido hospitalizado? Causa\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
- Tiempo hospitalizado:\_\_\_\_\_
- Enfermedades eruptivas, Cuales?\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
- Se ha operado alguna vez, de qué?\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
- Es alérgico a alguna sustancia?\_\_\_\_\_
- Ha sufrido facturas?\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_
- Ha sufrido alguna otra enfermedad?\_\_\_\_\_
- Medicamentos que ha recibido: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Algún familiar sufre de alguna enfermedad? (especialmente padres y abuelos)

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Indique las personas que viven con el niño(a):

\_\_\_\_\_

Quien cuida al niño niña, o quien pasa la mayor parte del tiempo a su lado?

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_

Notas importantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_