

Anamnesis a los padres

Fecha: _____

Nombre y apellido: _____ Edad: _____

Género: F/M Preferencia manual: Der/ Izq / Amb

Escolaridad: _____

¿Oye bien en ambientes silenciosos? SI / NO ¿Es desatento? SI / NO

¿Oye bien en ambientes ruidosos? SI / NO ¿Es muy inquieto? SI / NO

¿Tiene dificultad para localizar los sonidos? SI / NO ¿Comprende bien una conversación? SI / NO

¿Le molesta los ruidos fuertes? SI / NO ¿Tiene dificultad para seguir órdenes? SI / NO

Presenta alguna dificultad en:

- Habla? SI/NO cuales: _____

- Lectura/Escritura SI/NO cuales: _____

- Otras SI/NO cuales: _____

¿Tuvo dificultades para comenzar a hablar? _____

Edad de inicio: _____

¿Tuvo dificultades para adquirir la marcha? _____

Edad de inicio: _____

¿Tuvo dificultades para aprender a leer? SI / NO ¿Y para escribir? SI / NO

¿Tuvo otras dificultades escolares? SI / NO

Cuáles: _____

¿Tiene buena memoria? SI/NO Describir: _____

¿Tiene Dificultad para aprender música ? SI / NO ¿Tiene dificultades para aprender otra lengua? SI/NO

Esta	medicado:	SI	/	NO
Describir: _____				
¿Tuvo episodios de Otitis / dolor de oídos (en especial los primeros años de vida)?	SI	/	NO	Describir: _____

¿Tuvo otras enfermedades?	SI/NO	Cuáles	y	cuándo:

¿Está en tratamiento médico?	SI	/	NO	Inicio y motivo:

¿Está en tratamiento fonoaudiológico?	SI	/	NO	inicio y motivo:

¿Está en tratamiento psicológico?	SI	/	NO	inicio y motivo:

¿Está en tratamiento psicopedagógico?	SI	/	NO	inicio y motivo:
