

## HISTORIA CLÍNICA

### INFORMACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA

- Nombre y apellidos:

- Fecha de nacimiento:

- Teléfono:

- Correo electrónico:

- Colegio:

- Curso:

- ¿Ha repetido curso?	NO <input type="checkbox"/>	En Primaria <input type="checkbox"/>	En Secundaria <input type="checkbox"/>
- ¿Recibe algún tipo de apoyo o refuerzo educativo?		En el colegio <input type="checkbox"/>	Fuera del colegio <input type="checkbox"/>
- ¿Es un hijo...?		Natural <input type="checkbox"/>	Adoptado <input type="checkbox"/>

### ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO

- Duración del embarazo: <37 semanas  37-40 semanas  >40 semanas

- Edad de la madre cuando nació:

- Peso del niño al nacer: <1.500 gr.  1.500-2.500 gr.  >2.500 gr.

- Indique si ocurrió alguna de las siguientes circunstancias durante el embarazo o el parto:

Hemorragia  Tensión arterial elevada  Incompatibilidad Rh  Otras

- ¿Consumió alcohol durante el embarazo? Sí  NO

¿Qué tipo de bebida y en qué cantidad? \_\_\_\_\_

- ¿Fumó durante el embarazo? Sí  NO

- ¿Cuánto? <10 cig/día  10-20 cig/día  >20 cig/día

- ¿Parto inducido? Instrumental  Cesárea

- ¿Tuvo su hijo alguna incidencia o lesión durante/después del parto? Sí  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### ESTADO DE SALUD Y TEMPERAMENTO EN LOS PRIMEROS 12 MESES

Durante los primeros 12 meses su hijo tenía o era:

- Dificultades para ser alimentado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Dificultades para dormir	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Cólicos del lactante	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Dificultad para regular los horarios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Cariñoso y sociable	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Difícil de consolar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Muy activo, siempre en movimiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Muy tozudo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- Observaciones:

### PRIMERAS FASES DEL DESARROLLO

¿A qué edad aproximadamente consiguió su hijo hacer lo siguiente?

- Sentarse sin ayuda:	Antes de los 8 meses <input type="checkbox"/>	Después 8 meses <input type="checkbox"/>
- Gatear:	Antes de los 10 meses <input type="checkbox"/>	Después 10 meses <input type="checkbox"/>
- Andar solo sin ayuda:	Antes de los 15 meses <input type="checkbox"/>	Después 15 meses <input type="checkbox"/>
- Primeras palabras con significado ( <i>papá, mamá...</i> ):	Antes de los 18 meses <input type="checkbox"/>	Después 18 meses <input type="checkbox"/>
- Unir dos palabras:	Antes de los 24 meses <input type="checkbox"/>	Después 24 meses <input type="checkbox"/>
- Control de esfínteres ( <i>orina y heces</i> ):	Antes de los 36 meses <input type="checkbox"/>	Después 36 meses <input type="checkbox"/>

**HISTORIA MÉDICA**

¿En algún momento su hijo ha tenido lo siguiente?

	NUNCA	PASADO	PRESENTE
- Asma o alergia:			
- Epilepsia o convulsiones:			
- Otra enfermedad neurológica:			
- Problemas de corazón:			
- Traumatismo craneal:			
- Meningitis:			
- Intervenciones quirúrgicas/operaciones:			
- Infecciones de oído frecuentes:			
- Dificultades de audición:			
- Problemas de visión:			
- Torpeza motora:			
- Tics:			
- Problemas de apetito:			
- Problemas de control de las deposiciones:			
- Problemas de control urinario:			
- ¿Otros problemas de salud?, ¿cuál? _____			

- Observaciones:

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

- Conviven en el hogar... Padre  Madre  Hermanos  Abuelos  Otros
- ¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna enfermedad cardíaca en hermanos, padres o abuelos del niño?: \_\_\_\_\_
- Historia de TDAH en: Padre  Madre  Hermanos  Otros familiares
- Historia de depresión/ansiedad en: Padre  Madre  Hermanos  Otros familiares
- Otros antecedentes familiares de interés: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ESTRESANTE PARA EL NIÑO EN EL ÚLTIMO AÑO**

- Fallecimiento de algún familiar directo o amigo en el último año: Sí  No
- Separación de los padres: Sí  No
- Cambio de domicilio y/o colegio: Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_ Sí  No

**¿CÓMO ES EL SUEÑO DE SU HIJO?**

- ¿Tiene su hijo-a algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido-a?
- ¿Parece cansado-a o somnoliento durante el día?
- Cuando va a dormirse tiene movimientos rítmicos, se golpea o mece?
- ¿Se despierta mucho durante la noche, teniendo problemas para volver a dormirse?
- ¿Tiene sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos?
- ¿Su hijo-a se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora?
- ¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultades para respirar por las noches?
- ¿Parece su hijo muy inquieto cuando duerme con movimientos de sacudida en dedos, pies o en todo el cuerpo?

	MUY RARA VEZ	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Tiene su hijo-a algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido-a?				
¿Parece cansado-a o somnoliento durante el día?				
Cuando va a dormirse tiene movimientos rítmicos, se golpea o mece?				
¿Se despierta mucho durante la noche, teniendo problemas para volver a dormirse?				
¿Tiene sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos?				
¿Su hijo-a se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora?				
¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultades para respirar por las noches?				
¿Parece su hijo muy inquieto cuando duerme con movimientos de sacudida en dedos, pies o en todo el cuerpo?				

	PADRE				MADRE			
	MUY RARA VEZ	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	MUY RARA VEZ	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Felicito a mi hijo-a cada vez que hace algo bien								
Mantengo un contacto frecuente con su centro escolar asistiendo a tutorías								
Respaldo en casa las pautas educativas del centro escolar								
En casa se fomenta que cada uno exprese sus opiniones y participe en la toma de decisiones								
Doy ordenes y normas efectivas								
Potencio que mi hijo-a se relacione con otros niños								
Veo con mi hijo-a programas de TV y los comento con él/ella después								
Ayudo a mi hijo-a a establecer una rutina diaria de orden, higiene, etc.								
Mantengo organizado un archivo de mi hijo-a donde se incluyen sus datos médicos, escolares, etc.								
Existe una hora fija en la que mi hijo-a se acuesta y se levanta								
Dedico a mi hijo-a un tiempo específico para hablar y/o jugar								
Ayudo a mi hijo-a a establecer una rutina diaria de estudio								
Hacemos excursiones, vamos al cine, zoo, museos, parques								
Superviso lo que hace el niño-a fuera del hogar, sus salidas, amigos, consumo de bebidas, tabaco, etc.								
Utilizo el castigo como primera medida para corregir la conducta del niño-a								

### ¿CREE QUE SU HIJO PRESENTA DIFICULTADES EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES?

	MUY RARA VEZ	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Habilidad para planificar				
Dirigir y mantener la atención				
Retener información en la memoria mientras hace otra cosa				
Pararse y pensar antes de actuar				
Aprender de los errores				
Control adecuado del tiempo				
Dificultades para realizar algo que no tiene una recompensa inmediata y persistir en el esfuerzo				
Dificultades para regular sus emociones y sentimientos (rabia, frustración, irritabilidad, etc)				

### EXPLORACIÓN FÍSICA

TALLA	PESO	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA

- Observaciones:

--

Algunos niños con TDAH, además, pueden tener síntomas de otros trastornos, conteste por favor las siguientes preguntas:

### TD:

¿Le han observado deprimido o se ha quejado de estar triste, vacío-a, la mayor parte del día, durante la mayoría de los días?:  NO  SÍ. ¿Desde hace cuánto tiempo?:.....

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Duerme mucho más de lo habitual.				
Tiene más dificultades de lo habitual para dormir.				
Falta de energía, cansado-a sin razón aparente.				
Baja autoestima.				
Dificultad para concentrarse, pensar, tomar decisiones				
Sentimientos de desesperanza.				
Disminución del interés o de la capacidad de disfrute (placer) en casi todas las actividades la mayor parte del día y cada día.				
En el último mes ha perdido/ganado peso de forma inusual o se ha observado aumento/pérdida brusca de apetito sin estar sometido-a a dieta.				
Enlentecimiento motor.				
Agitación motora. Irritabilidad.				
Sentimientos de inutilidad o culpa, excesivos, inapropiados y recurrentes.				
Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, plan o intento de suicidio.				

### TA:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Tiene miedo excesivo de objetos o situaciones ( <i>animales, ascensores, aviones, altura, recintos cerrados, tormentas, insectos, etc.</i> ).				
Evita contacto con extraños, es muy tímido-a.				
Se muestra excesivamente avergonzado-a ante sus compañeros.				
Cuando está en una situación social difícil, llora, se paraliza o deja de conversar.				
No puede dejar de pensar en cosas angustiantes, es excesivamente perfeccionista.				
Se siente obligado-a a realizar repetidamente hábitos inusuales ( <i>lavarse continuamente las manos, revisar cerraduras,...</i> )				

¿Ha tenido alguna experiencia traumática en el pasado que le sigue afectando?  NO  SÍ

Cítela:

¿Ha presentado temor o malestar intensos y bruscos acompañados de opresión torácica, sensación de ahogo o falta de aire, palpitaciones, sudoración, escalofrío o sofocos, atragantamiento, náuseas, molestias abdominales, temblores o sacudidas, hormigueos, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo, temor a morir, temor a perder el control o volverse loco-a?  NO  SÍ

¿Ha presentado durante más de 6 meses ansiedad y preocupación excesivas, intensas y de difícil control, acompañadas de temblor, tensión muscular, boca seca, palpitaciones, sobresalto, insomnio, que le produce un deterioro importante social y/o académico?  NO  SÍ

- En el caso de niños mayores o adolescentes:

### CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS:

	SÍ
Alcohol	
Nicotina	
Cannabis	
Cocaína	
Otras:	

**Dis:**

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Fanfarronea, amenaza o intimida a otros.				
Inicia peleas físicas.				
Ha utilizado un arma u objeto que puede causar daño físico grave a otras personas.				
Ha manifestado crueldad física con personas.				
Ha manifestado crueldad física con animales.				
Ha robado enfrentándose a la víctima.				
Ha forzado a alguien a una actividad sexual.				
Ha provocado deliberadamente incendios.				
Ha destruido deliberadamente propiedades de otros.				
Ha violentado el hogar, el automóvil de otra persona.				
Miente para obtener bienes o favores o evitar obligaciones.				
Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento.				
Desde antes de los 13 años permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas.				
Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, o una vez sin regresar durante un largo período de tiempo.				
Antes de los 13 años hace novillos en el centro escolar				

**TA:**

	SÍ
<b>ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:</b>	
No mantiene contacto ocular	
Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros	
No comparte juegos	
<b>ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN:</b>	
Retraso o ausencia de desarrollo de lenguaje oral	
Alteración de la capacidad para iniciar o mantener una conversación	
Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje	
Ausencia de juego realista espontáneo	
<b>PATRONES DE COMPORTAMIENTO RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS:</b>	
Adhesión inflexible a rutinas específicas	
Preocupación persistente o fascinación por partes de objetos (Ej.: <i>rueda de un coche</i> )	
Movimientos estereotipados	

**TM: ¿Ha presentado durante >1 semana un estado de ánimo anormalmente elevado, irritable, acompañado de alguno de estos síntomas?:**

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Autoestima exagerada o grandiosidad.				
Disminución de la necesidad de dormir.				
Lenguaje verborreico (más hablador de lo habitual).				
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.				
Siente que su pensamiento está acelerado, cambio brusco de un tema a otro (fuga de ideas).				
Hiperactividad intencionada en el trabajo, estudios o sexualmente.				
Euforia que puede seguirse de irritabilidad.				
Comportamientos impulsivos y caprichosos ( <i>compras, viajes, comportamiento sexual inapropiado</i> ).				

*Algunos niños con TDAH, además, pueden tener síntomas de otros trastornos, conteste por favor las siguientes preguntas:*

### COMPORTAMIENTO ACTUAL TDAH:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
No presta atención suficiente a los detalles, comete errores por descuido en las tareas escolares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o juegos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sigue instrucciones o no finaliza tareas, encargos u obligaciones (pero no por rebeldía a hacerlo o por incapacidad para comprender las instrucciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades para organizarse en tareas o actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita, le disgusta o es reacio-a a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, ropa, libros...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es descuidado-a en las actividades diarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mueve en exceso manos y pies o se remueve en el asiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado-a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. En adolescentes puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se precipita y responde antes incluso de haber sido completadas las preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades para guardar turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>