



EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA DE TRES CANTOS-COLMENAR

Exp.nº.....  
 Entrevistador/a.....  
 Derivado por.....  
 Fecha recepción.....  
 Fecha realización.....

HISTORIA SOCIAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A

NOMBRE:  
 APELLIDOS:  
 FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR:  
 DOMICILIO:  
 TFs. Contacto:  
 :

2. DATOS SOCIO-FAMILIARES

A) PADRE

NOMBRE:  
 APELLIDOS:  
 FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR:  
 PROFESIÓN:

B) MADRE

NOMBRE:  
 APELLIDOS:  
 FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR:  
 PROFESIÓN:

C) HERMANOS	EDAD	COLEGIO
-------------	------	---------

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

MOTIVO DE LA ENTREVISTA:

#### D) HISTORIA CLÍNICA

##### - **DIAGNÓSTICO:**

- EMBARAZO (controlado, si hubo algún problema, si tomó medicación,...)
- PARTO( pretérmino, término, posttérmino, posibles complicaciones,
- POSTPARTO-APGAR, (reanimación, incubadora, hospitalización )  
Peso.....Talla.....Perímetro encefálico.....

- FAMILIARES que padezcan enfermedad o defecto hereditario crónico.

- **EVOLUCIÓN CLÍNICA:**
- ENFERMEDADES o accidentes que haya sufrido el niño; intervenciones quirúrgicas...
- CONTROLES o revisiones médicas ( audición, visión, .....)

#### E) RASGOS EVOLUTIVOS:

*¿Cómo ha sido en términos generales el primer año de vida del niño?*

##### **-Desarrollo Motriz :**

-Control cefálico, sedestación, gateo, bipedestación, marcha )

**-Comunicación** ( estrategias de comunicación que utiliza el niño, gestos, contacto ocular, señalar, peticiones).

##### **-Desarrollo del lenguaje**

Primeras palabras, vocabulario, frases.

( En el supuesto de que presente retraso en el área de lenguaje anotar cómo se comunica con sus padres y con las personas que le rodean, así como el tipo de comunicación que establecen éstos con su hijo/a ).

**-Momento de la Alimentación** ( Apetito; líquido, semisólido, sólido, autonomía, alergia a algún alimento; pautas familiares ante la comida )

**-Vestido** (¿se desviste? ¿colabora en el vestido? autonomía (se le deja, se le estimula)

**-Sueño** (cómo duerme, si comparte cuarto )

**-Aseo y Control de esfínteres** (si controla, diurno, nocturno, intención, actitud del niño

**-Juego** (¿se entretiene con objetos?, ¿concede funcionalidad a los objetos?, ¿inicia juego simbólico?. Juega solo o acompañado, juguete preferido, televisión, cuentos, normas ).

¿Responde a juegos interactivos? (cosquillas, “una hormiguita que va...”, aserrín-aserrán...

-¿Cómo lleva las separaciones? (extraña?, acepta bien a otras personas distintas de los padres?)  
¿Cuáles?

-Actividades de ocio que realiza con la familia.

-Normas, rabietas.

### 3. DATOS ESCOLARES

-E.I. a la que ha asistido

-Adaptación y proceso

-Aspectos significativos

### 4. TRATAMIENTOS QUE RECIBE

Tratamientos externos que recibe o ha recibido: Tipo ( Estimulación, logopedia, fisioterapia, psicoterapia, otros )

. Desde cuando. Dónde. Profesional ( nombre y teléfono de contacto )

Valoración de la minusvalía en el INSERSO ( % )

### 5. EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA RESPECTO A LA ESCOLARIDAD Y AL E.A.T.

### 6. DERIVACIONES Y GESTIONES REALIZADAS POR EL E.A.T.

### 7. OBSERVACIONES: