

## HISTORIAL CLÍNICO.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Qué institución les refiere? \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Grupo, grado y turno: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Integrantes de la familia:

### ANTECEDENTES PRENATALES:

Edad de la madre al embarazarse: \_\_\_\_\_ Edad que tenía el padre: \_\_\_\_\_

¿Fue un embarazo deseado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad importante durante el embarazo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo: A) Fumó B) Usó drogas (¿Cuáles?) C) Consumió alcohol

Estado emocional durante el embarazo (y observaciones): \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERINATALES:

¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_

¿Le hicieron el TAMIZ?    A) Sí    B) No    ¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES POST-NATALES:

A qué edad:

Se sentó sin ayuda: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Habló: \_\_\_\_\_ Gateó: \_\_\_\_\_

Dejó el biberón: \_\_\_\_\_ Dejó el pañal: \_\_\_\_\_ Leyó: \_\_\_\_\_ Escribió: \_\_\_\_\_

Dejó de consumir leche materna: \_\_\_\_\_

Presenta Ecopresis: \_\_\_\_\_ Enuresis: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL:

\_\_\_\_\_ Muestra interés por temas sexuales.

\_\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en su casa (familia).

\_\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en la escuela.

\_\_\_\_\_ Ha recibido información de sus amigos.

\_\_\_\_\_ Edad aparente de las primeras informaciones.

\_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de la madre y el padre.

\_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de las y los hermanos.

\_\_\_\_\_ Tiene actividad sexual (aparente).

- No (no sé).
- Juegos genitales.
- Se masturba.
- Juegos heterosexuales.
- Juegos homosexuales.
- Vida sexual activa con protección.
- Vida sexual activa sin protección.

ENFERMEDADES FAMILIARES (ya diagnosticadas o antecedentes familiares).

\*Cáncer, diabetes, artritis, alergias, colitis, gastritis, migrañas, depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, etc\*

EVENTOS SIGNIFICATIVOS.

\*Muertes, accidentes, enfermedades, cambios de ciudad, separaciones familiares, etc.\*

MOTIVO DE CONSULTA.

OBSERVACIONES.

---

FIRMA Y NOMBRE DE QUIEN APLICÓ LA PRUEBA