MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN

N° 169 -2012-SA-DG-INR

Dra. Carmen Cifuentes G.

Resolución Directoral

Bellavista, 20 de JULIO del 2012

Dr. BEJAR V.

Visto el expediente N°005362-2012, Informe N°001-20121-CHC-INR, Informe N°0134-OGC-INR-2012, Informe N°312-2012-DEIDRIFMENT/INR e Informe N°313-2012-DEIDRIFMENT/INR, del Presidente del Comité de Historias Clínicas, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN; respectivamente.

CONSIDERANDO:

Que, con documentos del Visto, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", eleva a la Dirección General los proyectos de Formatos de Historia Clínica; para pacientes de los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social e Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor, que se adicionarán a la Historia Clínica aperturada a través de Admisión de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución;

Que, los citados formatos, han sido revisados por el Comité de Historias Clínicas y la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, en tal sentido, resulta por conveniente proceder a la aprobación de los formatos propuestos y por tanto corresponde emitir la resolución de aprobación correspondiente; para su aplicación en el ámbito de los Departamentos citados en el primer considerando de la presente resolución, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, que aprueba la NT N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Estando a lo propuesto;

Con la visaciòn de la Sub Dirección General, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, el Comité de Historias Clínicas y Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- *Aprobar los* ***FORMATOS DE HISTORIA CLÌNICA Y DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÒN, DOCENCIA Y REHABILITACIÒN INTEGRAL EN EL APRENDIZAJE****, que constan de diez (10) y nueve (09) folios; respectivamente, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN.*

Dra. Carmen Cifuentes G.

Artículo 2º.- *Aprobar los* ***FORMATOS DE HISTORIA CLÌNICA Y NOTA DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÒN, DOCENCIA Y REHABILITACIÒN INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACIÒN SOCIAL,*** *que constan de ocho (08) y siete (07) folios; respectivamente, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN.*

Dr. BEJAR V.

Artículo 3º.- *Aprobar el* ***FORMATO DE HISTORIA CLÌNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÒN, DOCENCIA Y REHABILITACIÒN INTEGRAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR,*** *que consta de nueve (09) folios y el Anexo 1, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN.*

Artículo 4º.- *Aprobar los* ***FORMATOS DE HISTORIA CLÌNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÒN, DOCENCIA Y REHABILITACIÒN INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN: PARA PACIENTES DE 0-14 AÑOS,*** *que consta de trece (13) folios;* ***PARA PACIENTES ADULTOS (> DE 14 AÑOS),*** *que consta de once (11) folios y* ***PARA PACIENTES DE AFASIA,*** *que consta de nueve (09) folios de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN.*

Artículo 5º.- *Disponer que los formatos aprobados, que forman parte de la presente resolución, se adicionen a la Historia Clínica que se apertura en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución, según corresponda.*

Artículo 6º.- *Notificar la presente resolución a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor y Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación; así mismo al Comité de Historias Clínicas; para conocimiento y aplicación en el ámbito correspondiente.*

Regístrese y Comuníquese,

Dr. FERNANDO URCIA FERNANDEZ
Director General
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
CMP Nº 16500 RNE Nº [illegible]

FAUF/EC.
R.D.125-2012
DEIDRIFMENTALES
Unidades orgánicas asistenciales
Oficina de Gestión de la Calidad
Comité de Historias Clínicas
Responsable de la Página Web INR

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

Médico:.....

Fecha:..... Hora:.....

....

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

EDAD:..... años .....meses SEXO: M ( ) F ( ) Grado Instrucción: .....

Informante : Madre ( ) Padre ( ) Otros : .....

Nombre y apellido del Familiar ..... Confiabilidad: Confiable ( ) No confiable ( )

I. ENFERMEDAD ACTUAL : Marcar con check (✓) si es positivo y una raya si es negativo

MOTIVO DE CONSULTA / SINTOMAS PRINCIPALES:

1. Dificultades en la Lectura ( )
2. Dificultades en la Escritura ( )
3. Dificultades en el Cálculo ( )
4. Déficit de Atención ( )
5. Hiperactividad ( )
6. Alt. Equilibrio -Coordinación ( )
7. Lento Aprendizaje ( )
8. Problemas de Conducta ( )
9. Otros: .....
.....
.....

TIEMPO DE ENFERMEDAD ( )

RELATO : .....
.....
.....
.....

FUNCIONES BIOLOGICAS :

Apetito: ..... Sueño: .....

Sed: ..... Ritmo urinario: .....

Ritmo evacuatorio: .....

II. CONDICIONES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD:

ANTECEDENTES PERSONALES:

a. Antecedentes Pre-natales :

1. Número de Orden Gestacional: .....
2. Edad Materna Gestacional : ..... años
3. Embarazo Planificado : ( )
4. Niño Deseado : ( )
5. Abortos Previos: ( ).....
6. Control Pre - natal : ( )
   Desde : .... mes Nº : < 4 ( ) > 4 ( )
7. Tratamiento de Fertilidad : ( )
8. Embarazo Normal: ( )
9. Hábitos Nocivos : Tabaco : ( ) Alcohol: ( )
   Drogas: ( )

10. Complicaciones :	Trimestre I	II	III
Amenaza de Aborto	( )	( )	( )
Amenaza Parto Prematuro	( )	( )	( )
Hospitalización previa:	( )	( )	( )
Recibió Tratamiento :	( )	( )	( )
Enfermedades Infecciosas :			
- Viral:	( )	( )	( )
- Bacteriana:	( )	( )	( )
Hipertensión Arterial :	( )	( )	( )

11. Descripción / Otros : .....
.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H. CL.

b. Antecedentes Natales :

Parto :

Eutócico : ( ) Distócico : ( ) Otros: .....

Lugar : Hospital: ( ) Domicilio: ( ) Espontáneo: ( )

Clínica: ( ) Otros: ..... Presentación: Cefálico:( ) Podálico: ( )

Atendido por : Médico:( ) Obstetriz:( ) Otras: .....

.....

Complicaciones:

Ruptura de Membranas:< 24 horas: ( ) Cesárea : Electiva: ( ) Emergencia: ( )

Intraparto: ( ) >24 horas: ( ) Causa: .....

Circular de cordón: ( ) Kristeller: ( ) Otras : .....

Fórceps: ( ) Vacuom: ( ) .....

Anestesia: ( ) Tipo de Anestesia :..... .....

c. Características del Recién Nacido y Complicaciones :

Tiempo de Gestación : Término ( ) < 36 sem ( ) Transfusiones : ( ) .....

> 42 sem ( ) Sepsis : ( ) .....

Peso : ..... gr. Fiebre : ( ) .....

Respiración : Espontánea : ( ) Estimulada : ( ) Convulsiones : ( ) .....

Llanto : Inmediato : ( ) Tardio : ( ) Alta con la Madre : ( ) .....

Débil : ( ) No hubo : ( ) Número de dias :.....

Signos de Cianosis : ( ) Parcial ( ) Total ( ) Succión : Normal : ( ) Anormal : ( )

Maniobras de Resucitación: ( ) ..... Alimentación : Normal : ( ) Anormal : ( )

Requirió Incubadora : ( ) ..... Especificar: .....

Requirió Aspiración : ( ) ....

Requirió Oxigeno : ( ) ..... Lactancia materna: .....

Ictericia : ( ) ..... Ablactancia: .....

Fototerapia : ( ) ....

Incompatibilidad: RH/ABO: ( ) ....

d. Antecedentes Post-Natales :

Desarrollo Psicomotor :

Espontáneo : ( ) Estimulado : ( ) Control de Esfínteres: edad: .....

Marcha independiente: edad: ..... Otros : .....

Primeras Palabras : edad: ....

e. Hábitos :

Biberón : ( ) EDAD ..... Sonambulismo: (22.5) ( ) .....

Succión Digital: (26.08) ( ) Onicofagia: ( ) Pica : ( ) .....

Somniloquia: (22.5) ( ) Bruxismo :(26.08)( ) Otros : .....

Enuresis Nocturna: (22.4) ( ) ....

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dirección General
Dr. Fernando Urcia F.

f. **Carácter - Conducta - Comportamiento** :

Inritable	( )	Timido :	( )	Delictivo :	( )
Inquieto :	( )	Lider :	( )	Temeroso:	( )
Hiperactivo:	( )	Egocéntrico:	( )	Sociable	( )
Hipoactivo :	( )	Alegre:	( )		
Ansioso :	( )	Melancólico:	( )		

Otras Conductas: .....

.....

g. **Actividades de la Vida Diaria** : Dependiente (D) Semidependiente (S) Independiente (I)

Alimentación: ( ) Vestido: ( ) Higiene: ( )

h. **Antecedentes Patológicos** :

		EDAD/DESCRIPCION			EDAD/DESCRIPCION
1	Infeciones. Virales:	( )	6	Quirúrgicos:	( ) .....
2	Infecciones. Bacterianas:	( )	7	Hospitalización:	( ) .....
3	Alergias:	( )	8	Prob. de Conducta:	( ) .....
4	TEC:	( )	9	Especificar:	
5	Convulsiones:			.....	
	Con fiebre:	( )		.....	
	Sin fiebre:	( )	10	Inmunizaciones:	
	Tratamiento:				

i. **Escolaridad** :

Aprestamiento :

SI ( ) NO ( ) Edad de Inicio : .....

Adaptación : Buena ( ) Mala ( ) Regular ( )

Tiempo de Aprestamiento : ..... años

Cumplió Metas : ( ) .....

Nombre de Institución Educativa:.....

.....

N# de alumnos:.....

Otros : .....

Escolaridad :

Edad de Inicio : ..... años

Adaptación : Buena ( ) Mala ( ) Regular ( )

Rendimiento Escolar :

Bueno : ( ) Regular : ( ) Malo : ( )

Ha repetido : SI ( ) NO ( )

N° Veces ..... Grado: .....

Básica Regular : ( ) Especial : ( )

Grado de Instrucción : .....

Requerido tutoria : SI ( ) ..... NO( )

Institución Educativa : Nacional ( ) Particular ( ) Ambos ( )

Abandono: ( )

Nombre de Institucion Educativa:.....

.....

N# de alumnos:.....

Comentarios:.....

.....

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

j. Criterios para Déficit de Atención e Hiperactividad :

Desatención :

( ) 1. No presta atención a los detalles, se equivoca por descuidos en tareas
( ) 2. Dificultad para mantener la atención en tareas o juegos
( ) 3. Parece no escuchar
( ) 4. No sigue instrucciones, no termina
( ) 5. Dificultad para organizar tareas
( ) 6. Le disgusta dedicarse a tareas que requieran esfuerzo mental
( ) 7. Pierde útiles o herramientas
( ) 8. Se distrae fácilmente
( ) 9. Descuido en actividades diarias.

Hiperactividad/ Impulsividad

( ) 1. Mueve en exceso manos y pies
( ) 2. Abandona su asiento en clase
( ) 3. Corre o salta excesivamente
( ) 4. Dificultad para permanecer quieto
( ) 5. Está en marcha siempre "Tiene un motor"
( ) 6. Habla en exceso
( ) 7. Responde antes de terminar la pregunta
( ) 8. Dificultad para esperar su turno
( ) 9. Interrumpe a otros

ANTECEDENTES FAMILIARES :

	Padre	Madre	Hermanos N°( )
Edad : (años)	( )	( )	( )( )( )
Salud : Sano	( )	( )	( )( )( )
Enfermo	( )	( )	( )( )( )

.....

Grado Instrucción:

Analfabeto	( )	( )	( )( )( )
Primaria Completa	( )	( )	( )( )( )
Primaria Incompleta	( )	( )	( )( )( )
Secundaria Completa	( )	( )	( )( )( )
Secundaria Incompleta	( )	( )	( )( )( )
Superior Completa	( )	( )	( )( )( )
Superior Incompleta	( )	( )	( )( )( )

Ocupación:

Dependiente	( )	( )	( )( )( )
Independiente	( )	( )	( )( )( )
Su casa	( )	( )	( )( )( )
Sin empleo	( )	( )	( )( )( )

Otros/(describir enfermedad y ocupación)

.....

Relación con el Niño:

	Padre	Madre	Hermanos
Paciencia	( )	( )	( )
Cariño	( )	( )	( )
Comunicación	( )	( )	( )
Castigo			
Fisico	( )	( )	( )
Verbal	( )	( )	( )
Corrige	( )	( )	( )
Indiferente	( )	( )	( )
Ambivalente	( )	( )	( )

Patología:

Discapacidad Aprendizaje.

	( )	( )	( )
Deficit Atención	( )	( )	( )
Zurdos	( )	( )	( )

Otros: .....

.....

.....

Dinámica Familiar : 1 Armónica: ( ) 2 Conflictiva: ( ) .....

Tipo de familia : 1 Nuclear: ( ) 2 Agregada: ( ) 3 Disociada: ( ) 4 Otros: .....

.....

.....

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

EXAMEN CLINICO : Describir el estado general, estado de conciencia y colaboración

1. ECTOSCOPIA :

....

....

2. CONTROLES VITALES:

PESO: ..... FRECUENCIA RESPIRATORIA: .....

TALLA: ..... FRECUENCIA CARDIACA: .....

PULSO: ..... FRECUENCIA DEL PULSO: .....

PRESION ARTERIAL: .....

Marcar con check (✓) si es positivo y una raya si es negativo

3. POSTURA :

0.Adecuada ( ) 1.Inadecuada **(70.5)** ( )

4. ESTADO CONDUCTUAL :

0. Despierto y relajado ( ) 3. Despierto con llanto ( )
1. Despierto y tenso ( ) 4. Gritos ( )
2. Despierto y agitado ( ) 5. Otros ( )

5. CAPACIDAD DE RESPUESTA SOCIAL:

0. Interesado, de acuerdo ( ) 4. Retraido, atemorizado ( )
1. Desinteresado pero de acuerdo ( ) 5. Rechazo, indiferente ( )
2. Resistente, tenso ( ) 6. Intenta irse, forcejea ( )
3. Resistente, retraido ( ) 7. Otro ( )

6. MOTILIDAD ACTIVA ESPONTANEA:

Movimientos Gruesos:

0. Ausencia de movimientos 3 ( )
1. Poco movimiento balancea piernas ( )
2. Moderado movimiento más arquea dorso**(74.66)** ( )
3. Excesivo movimiento continuo **(74.66)** ( )

* Movimientos Finos:

0. Ausencia de movimientos 3 ( )
1. Poco movimiento manos y rostro ( )
2. Moderado movimiento manos y pies ( )
3. Excesivo Movimiento continuo **(74.66)**( )

7 PERMANENCIA DE PIE CON OJOS CERRADOS:

0. No hay equilibrio **(48.7)** ( ) 2. Movimiento pie y tobillo ( )
1. Inclinación de los pies ( ) 3. Equilibrio perfecto ( )

8 PERMANENCIA SOBRE UN PIE: (48.7)

0. Incapacidad ( ) 5. 13 a 16" (6años) ( )
1. Intenta ( ) 6. 17 a 20" ( )
2. 3 a 6" (3años) ( ) 7. Más de 20" (7 a 8años) ( )
4. 7 a 12 " (5años) ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

9 SALTO SOBRE UN PIE :

0. Incapacidad para saltar ( )
1. 2 - 4 saltos ( )
2. 5 - 8 saltos ( )
3. 9. 12 saltos ( )
4. 13 - 16 saltos ( )
5. 17 - 20 saltos ( )
6. Más de 20 saltos ( )

10 MARCHA :

a Postura durante la MARCHA:

*Postura de la cabeza:

Normal ( ) Rotado ( ) Inadec. **(70.5)** ( )

Postura del Tronco:

Normal ( ) Rotado ( ) Inadec. **(70.5)** ( )

* Movimientos de brazos:

Quieto < 4años ( ) Poco 4.5años ( ) Normal ( )

* Amplitud del paso:

Constante ( ) Variable ( )

* Tamaño (> de 3 años)

< 11 cm. ( ) > 20 cm ( )

b Marcha en linea Recta: (5 a 12 años):

0. Dificil (< de 6 años) ( )
1. Más de 6 desviaciones **(48.7)** ( )
2. 4 - 6 desviaciones ( )
3. 1 - 3 desviaciones ( )
4. Ausencia de desviac. (>9a) ( )

c Marcha en puntas de pies : (> de 3 años)

0. No puede **(48.7)** ( )
1. Talón elevado poco tiempo ( )
2. Talón separado del suelo ( )
3. Lo hace bien ( )

Movimientos Asociados a la Marcha de Puntas de pies

0. Ausente (7 a 8 años) ( )
1. Apenas visible ( )
2. Marcado ( )
3. Movimiento de labios y lengua ( )

d Marcha sobre Talones : (> de 3 años)

0. No puede ( )
1. Dedos elevados poco tiempo ( )
2. Dedos separados del suelo ( )
3. Camina bien ( )

Movimientos Asociados a la Marcha sobre Talones:

0. Ausente (9 a 10 años) ( )
1. Apenas visible ( )
2. Marcado ( )
3. Movimiento de labios y lengua ( )

11 COORDINACION :

a Diadococinesia :

0. No realiza pronosupinación ( )
1. Movimiento de codo abierto (> 15 cm)(<6años)( )
2. Movimiento de codo+pegado (5-15cm)(6-7año)( )
3. Pronosupinación correcta (8años) ( )

Movimientos Asociados de la otra mano:

0. Ausente ( )
1. Leve ( )
2. Grave sin flexión de codo ( )
3. Grave con flexión de codo ( )

b Abertura de boca y dispersión de dedos: (3 a 12 años)

0. Ausencia de movimiento (> 8 años) ( )
1. Leve dispersión (7 - 8 años) ( )
2. Marcada dispersión.con leve extensión( )

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dirección General
Dr. Fernando Urcia F.

c Prueba dedo - nariz (>4 años)

Uniformidad:

0. No temblores ( )
1. Ligero temblor ( )
2. Gran temblor ( )

Adecuación:

0. Bien siempre (> 5 años) ( )
1. Falla 1 ó 2 ( )
2. Falla siempre ( )

d Prueba de Oposición Pulgar y dedos : (> 6 años)

Uniformidad :

0. Colocación suave(> 8 años)( ) 1. Duda ( ) 2. Dudas y fracasos ( )

Secuencia :

0. Fácil ( ) 1. Mismo dedo varias veces ( ) 2. No sigue secuencia ( )

Movimiento en espejo del otro miembro:

0. Ausente ( ) 1. Leve ( ) 2. Marcado ( )

e Prueba de Circulos : (> 6 años)

Espejo : Perfecto ( ) Diferente ( ) Malo ( )
Unidireccionalidad : Perfecto ( ) Diferente ( ) Malo ( )
Transición al cambio : Inmediato ( ) Duda ( )

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES: Buena (B), Regular (R), Mala (M)

A. NIVEL DE ATENCION

1.Bueno ( )
2.Propensión a Distraerse (24.0) ( )
3.Concentración Deficiente (24.1) ( )
4.Falta de Atención (24.5) ( )

B. MEMORIA : (15)

Memoria Visual :

1.Recuerda 7 figuras vistas (B)
2.Recuerda 4-6 figuras. vistas (R)
3.Recuerda 2-3 figuras. vistas (15.2) (M)

Memoria Auditiva :

1.Recuerda + 6 " (+ 8 años)(15.5) (B)
2.Recuerda 4-6 " (- 8 años) (R)
3.Recuerda 3 palabras (5 1/2años) (M)

C PRAXIAS : (19.1)

Prensión del lapiz : Adecuada ( ) Inadecuada ( )

Reproducción de figuras sencillas y/o dibujo espontáneo (B) (R) (M)

D GNOSIAS :

a Esquema Corporal : (23.32)

	Completo	Incompleto
Reconoce partes gruesas	( )	( )
Reconoce partes finas	( )	( )

b Lateralidad:

	Derecha	Izquierda
Manual	( )	( )
Pie	( )	( )
Ocular	( )	( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

c Organización Temporo-Espacial: **(23.4)**

1 Temporal:

Diferencia dia –noche ( )
Reconoce días ( )
Reconoce meses ( )
Reconoce antes-despues ( )
Reconoce tiempo social ( )
Percepción Tiempo ( )

2 Espacial :

Discrimina adelante-atras(3a) ( )
Discrima entre ( )
Discrimina Derecha-Izquierda (1ª pers)(6a) ( )
Discrimina Derecha-Izquierda (2ª pers)(9a) ( )
Cruza linea media ( )

d Percepción Visual : **(23.18)**

Discrimina Figuras entre varias(3a) ( )
Discri.colores primarios(3a) ( )
Disci. colores secundar. (4a) ( )
Discrima el circulo (3a) ( )
Discrimina el cuadrado(4a) ( )
Discrimina el rombo (7a) ( )

LENGUAJE EXPRESIVO:

Normal ( ) Alterado

LENGUAJE COMPRENSIVO:

1. Comprende ordenes simples ( )
2. Comprende ordenes semi-complejas ( )
3. Comprende ordenes. Complejas ( )
4. Realiza Análisis (B) (R) (M)

LECTURA : (34.2)

Nivel: 1er ( ) 2do ( ) 3cer ( )
Tipo : Fonemática ( ) Silábica ( ) Global ( ) Silábico-global ( )
Saltea : ( )
Comprensión global literal (B) (R) (M)
Comprensión global inferencial (B) (R) (M)
Apoyos Perceptivos Adicionales:( )
Errores :

1. Rotación ( ) 2. Reversión ( ) 7. Disocia ( ) 8. Contamina ( )
3. Omisión ( ) 4. Agrega ( ) 9. Separación( )
5. Distorsión ( ) 6. Cambia ( )

ESCRITURA : (34.4)

Nivel: 1er ( ) 2do ( ) 3cer ( )
Tipo : Cursiva ( ) Imprenta ( )
Alteración de: Tamaño ( ) Forma ( ) Presión ( )
Errores de Ortografía : ( )
Redacción: (B) (R) (M)

Errores de :

1. Omisión ( ) 2. Simplifica ( ) 3. Rotación ( )
4. Reversión ( )5. Contamin ( ) 6. Disocia ( )
7. Confusión de Letras ( ) 8. Agrega ( ) 9. Código( )

CALCULO (34.5)

1. Reconoce los números: ( )
2. Recono mucho - poco (3a) ( )
3. Recono.mayor - menor (4 a) ( )
4. Suma : ( )
5. Resta : ( )
6. Multiplica : ( )
7. Divide : ( )
8. Razonamiento: (B) (R) (M)

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

TEST DE MADUREZ PARA LA LECTOESCRITURA :

1. Constancia de Pensamiento : ( )
2. Derecha - Izquierda ( )
3. Prueba de los tres dedos : ( )
4. Comprende el absurdo : ( )
5. Prueba verbal de Relaciones Geométricas ( )

NIVEL DE INFORMACION

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

IMPRESION DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL :

Normal ( ) Fronterizo ( ) Defciencia Intelectual ( )

APRECIACION DEL CASO: .....

.....

PRONÓSTICO: .....

.....

METAS: .....

IMPRESION DIAGNOSTICA-CIE10:

.....

.....

.....

PLAN DE TRABAJO :(entre paréntesis figura el número de Sesiones). Encerrar en un circulo el número de la indicación y describir donde corresponda.

1. Evaluación Psicopedagógica (3)
2. Terapia Psicopedagógica (16)
3. Orientación Psicopedagógica (3)
4. Evaluación Psicomotricidad (1)
5. Terapia de Psicomotricidad (16)
6. Evaluación Psicométrica (3)
7. Terapia de Mod. Conducta (6)
8. Orientación Psicológica (1 al mes)
9. Nutrición (1)
10. Alta Temporal
11. Alta Definitiva
12. Informe escolar (1)
13. Servicio Social(1 al mes) .....
14. Interconsulta a otro Dpto .....
15. Pase a otro Departamento .....
16. Pautas escolares: .....
.....
17 Pautas Higiénico-dietéticas: .....
.....
18. Medidas Preventivas: .....
.....
19. Talleres de .....
20. Farmacológico (especificar)
.....
.....
.....
21. Otros .....
.....

RESUMEN :

DEFICIENCIAS :

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

DISCAPACIDADES :

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

FIRMA Y SELLO:

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H. CL.

EVOLUCIÓN

CONSIGNAR EN EVOLUCIÓN: Formato Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan (SOAP), Diagnóstico-CIE, fecha, hora, firma y sello

INDICACIONES: (número de sesiones), describir en caso necesario

-1. Evaluación Psicopedagógica (3), -2. Terapia Psicopedagógica (16), -3. Orientación Psicopedagógica (3), -4. Evaluación Psicomotricidad (1), -5. Terapia de Psicomotricidad (16), -6. Evaluación Psicométrica (3), -7. Terapia de Mod. Conducta (6), -8. Orientación Psicológica (1 al mes), -9. Nutrición (1), -10 Alta Temporal (control en .... meses), -11 Alta Definitiva (consignar indicaciones), - 12 Informe escolar, - 13 Servicio Social (estudio, orientación de centro educativo, visita escolar, visita domiciliaria, taller de familia, orientación), -14 Interconsulta a otro Departamento (indicar a cual), -15 Pase a otro Departamento (indicar a cual), -16 Pautas Escolares, --17 Pautas higiénico dietéticas, -18 Medidas Preventivas, -19 Taller de Psicología de: ....., -20.Farmacológico (tener en cuenta: nombre farmacológico, dosis, frecuencia de administración, vía de administración),..... - 21Otros:.....

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

HISTORIA CLINICA RE-EVALUACIÓN

ANAMNESIS

Médico:.....

Fecha:..... Hora:.....

....

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

EDAD:..... años .....meses SEXO: M ( ) F ( ) Grado Instrucción: .....

Informante : Madre ( ) Padre ( ) Otros : .....

Nombre y apellido del Familiar ..... Confiabilidad: Confiable ( ) No confiable ( )

I. ENFERMEDAD ACTUAL : Marcar con check (✓) si es positivo y una raya si es negativo

MOTIVO DE CONSULTA / SINTOMAS PRINCIPALES:

1. Dificultades en la Lectura ( )
2. Dificultades en la Escritura ( )
3. Dificultades en el Cálculo ( )
4. Déficit de Atención ( )
5. Hiperactividad ( )
6. Alt. Equilibrio -Coordinación ( )
7. Lento Aprendizaje ( )
8. Problemas de Conducta ( )
9. Otros: .....
.....
.....

TIEMPO DE ENFERMEDAD ( )

RELATO : .....
.....
.....
.....

FUNCIONES BIOLOGICAS :

Apetito: ..... Sueño: .....

Sed: ..... Ritmo urinario: .....

Ritmo evacuatorio: .....

II. CONDICIONES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD:

Hábitos :

Biberón : ( ) EDAD .....

Succión Digital: (26.08) ( ) Onicofagia: ( )

Somniloquia: (22.5) ( ) Bruxismo :(26.08)( )

Enuresis Nocturna: (22.4) ( ) .....

Sonambulismo: (22.5) ( ) .....

Pica : ( ) .....

Otros : .....
.....

Carácter - Conducta - Comportamiento :

Inritable ( ) Timido : ( ) Delictivo : ( )

Inquieto : ( ) Lider : ( ) Temeroso: ( )

Hiperactivo: ( ) Egocéntrico: ( ) Sociable ( )

Hipoactivo : ( ) Alegre: ( )

Ansioso : ( ) Melancólico: ( )

Otras Conductas: .....
.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

Actividades de la Vida Diaria : Dependiente (D) Semidependiente (S) Independiente (I)

Alimentación: ( ) Vestido: ( ) Higiene: ( )

Antecedentes Patológicos: (Agregar si hubiera antecedentes de importancia)

.....

.....

.....

.....

.....

Antecedentes Escolares :

Aprestamiento (Agregar información no consignada en la primera consulta o si ha cambiado de institución educativa).

.....

.....

.....

.....

Escolaridad :

(Agregar información no consignada en la primera consulta o si hay cambios).

Escolaridad :

Edad de Inicio : ..... años

Adaptación : Buena ( ) Mala ( ) Regular ( )

Rendimiento Escolar :

Bueno : ( ) Regular : ( ) Malo : ( )

Ha repetido : SI ( ) NO ( )

Nº Veces ..... Grado: .....

Básica Regular : ( ) Especial : ( )

Grado de Instrucción : .....

Requerido tutoria : SI ( ) ..... NO( )

Institución Educativa : Nacional ( ) Particular ( ) Ambos ( )

Abandono: ( )

Nombre de Institucion Educativa:.....

.....

N# de alumnos:.....

Comentarios:.....

.....

.....

Criterios para Déficit de Atención e Hiperactividad :

Desatención :

( ) 1. No presta atención a los detalles, se equivoca por descuidos en tareas

( ) 2. Dificultad para mantener la atención en tareas o juegos

( ) 3. Parece no escuchar

( ) 4. No sigue instrucciones, no termina

( ) 5. Dificultad para organizar tareas

( ) 6. Le disgusta dedicarse a tareas que requieran esfuerzo mental

( ) 7. Pierde útiles o herramientas

( ) 8. Se distrae fácilmente

( ) 9. Descuido en actividades diarias.

Hiperactividad/ Impulsividad

( ) 1. Mueve en exceso manos y pies

( ) 2. Abandona su asiento en clase

( ) 3. Corre o salta excesivamente

( ) 4. Dificultad para permanecer quieto

( ) 5. Está en marcha siempre "Tiene un motor"

( ) 6. Habla en exceso

( ) 7. Responde antes de terminar la pregunta

( ) 8. Dificultad para esperar su turno

( ) 9. Interrumpe a otros

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

Dr. Fernando Urcia F.

ANTECEDENTES FAMILIARES :

	Padre	Madre	Hermanos N° ( )
Edad: (años)	( )	( )	( )( )( )
Salud : Sano	( )	( )	( )( )( )
Enfermo	( )	( )	( )( )( )

.....

Grado Instrucción:

Analfabeto	( )	( )	( )( )( )
Primaria Completa	( )	( )	( )( )( )
Primaria Incompleta	( )	( )	( )( )( )
Secundaria Completa	( )	( )	( )( )( )
Secundaria Incompleta	( )	( )	( )( )( )
Superior Completa	( )	( )	( )( )( )
Superior Incompleta	( )	( )	( )( )( )

Ocupación:

Dependiente	( )	( )	( )( )( )
Independiente	( )	( )	( )( )( )
Su casa	( )	( )	( )( )( )
Sin empleo	( )	( )	( )( )( )

Otros/(describir enfermedad y ocupación)

.....

Relación con el Niño:

	Padre	Madre	Hermanos
Paciencia	( )	( )	( )
Cariño	( )	( )	( )
Comunicación	( )	( )	( )
Castigo			
Fisico	( )	( )	( )
Verbal	( )	( )	( )
Corrige	( )	( )	( )
Indiferente	( )	( )	( )
Ambivalente	( )	( )	( )

Patología:

Discapacidad Aprendizaje.

	( )	( )	( )
Deficit Atención	( )	( )	( )
Zurdos	( )	( )	( )

Otros: .....

.....

.....

Dinámica Familiar : 1 Armónica: ( ) 2 Conflictiva: ( ) .....

Tipo de familia : 1 Nuclear: ( ) 2 Agregada: ( ) 3 Disociada: ( ) 4 Otros: .....

.....

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

EXAMEN CLINICO : Describir el estado general, estado de conciencia y colaboración

1. ECTOSCOPIA :

....

....

2. CONTROLES VITALES:

PESO: ..... FRECUENCIA RESPIRATORIA: .....

TALLA: ..... FRECUENCIA CARDIACA: .....

PULSO: ..... *FRECUENCIA DEL PULSO: .....

PRESION ARTERIAL: .....

Marcar con check (✓) si es positivo y una raya si es negativo

3. POSTURA :

0.Adecuada ( ) 1.Inadecuada **(70.5)** ( )

4. ESTADO CONDUCTUAL :

0. Despierto y relajado ( ) 3. Despierto con llanto ( )
1. Despierto y tenso ( ) 4. Gritos ( )
2. Despierto y agitado ( ) 5. Otros ( )

5. CAPACIDAD DE RESPUESTA SOCIAL:

0. Interesado, de acuerdo ( ) 4. Retraído, atemorizado ( )
1. Desinteresado pero de acuerdo ( ) 5. Rechazo, indiferente ( )
2. Resistente, tenso ( ) 6. Intenta irse, forcejea ( )
3. Resistente, retraído ( ) 7. Otro ( )

6. MOTILIDAD ACTIVA ESPONTANEA:

Movimientos Gruesos:

0. Ausencia de movimientos 3 ( )
1. Poco movimiento balancea piernas ( )
2. Moderado movimiento más arquea dorso**(74.66)** ( )
3. Excesivo movimiento continuo (74.66) ( )

* Movimientos Finos:

0. Ausencia de movimientos 3 ( )
1. Poco movimiento manos y rostro ( )
2. Moderado movimiento manos y pies ( )
3. Excesivo Movimiento continuo **(74.66)**( )

7 PERMANENCIA DE PIE CON OJOS CERRADOS:

0 No hay equilibrio **(48.7)** ( ) 2. Movimiento pie y tobillo ( )
1. Inclinación de los pies ( ) 3. Equilibrio perfecto ( )

8 PERMANENCIA SOBRE UN PIE: (48.7)

0. Incapacidad ( ) 5. 13 a 16" (6años) ( )
1. Intenta ( ) 6. 17 a 20" ( )
2. 3 a 6" (3años) ( ) 7. Más de 20" (7 a 8años) ( )
4. 7 a 12 " (5años) ( )

9 SALTO SOBRE UN PIE :

0. Incapacidad para saltar ( )
1. 2 - 4 saltos ( ) 4. 13 - 16 saltos ( )
2. 5 - 8 saltos ( ) 5. 17 - 20 saltos ( )
3. 9. 12 saltos ( ) 6. Más de 20 saltos ( )

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

10 MARCHA :

a Postura durante la MARCHA:

*Postura de la cabeza:

Normal ( ) Rotado ( ) Inadec. **(70.5)** ( )

Postura del Tronco:

Normal ( ) Rotado ( ) Inadec. **(70.5)** ( )

* Movimientos de brazos:

Quieto < 4años ( ) Poco 4.5años ( ) Normal ( )

* Amplitud del paso:

Constante ( ) Variable ( )

* Tamaño (> de 3 años)

< 11 cm. ( ) > 20 cm ( )

b Marcha en línea Recta: (5 a 12 años):

0. Dificil (< de 6 años) ( )
1. Más de 6 desviaciones **(48.7)** ( )
2. 4 - 6 desviaciones ( )
3. 1 - 3 desviaciones ( )
4. Ausencia de desviac. (>9a) ( )

c Marcha en puntas de pies : (> de 3 años)

0. No puede **(48.7)** ( )
1. Talón elevado poco tiempo ( )
2. Talón separado del suelo ( )
3. Lo hace bien ( )

Movimientos Asociados a la Marcha de Puntas de pies

0. Ausente (7 a 8 años) ( )
1. Apenas visible ( )
2. Marcado ( )
3. Movimiento de labios y lengua ( )

d Marcha sobre Talones : (> de 3 años)

0. No puede ( )
1. Dedos elevados poco tiempo ( )
2. Dedos separados del suelo ( )
3. Camina bien ( )

Movimientos Asociados a la Marcha sobre Talones:

0. Ausente (9 a 10 años) ( )
1. Apenas visible ( )
2. Marcado ( )
3. Movimiento de labios y lengua ( )

11 COORDINACION :

a Diadococinesia .

0. No realiza pronosupinación ( )
1. Movimiento de codo abierto (> 15 cm)(<6años)( )
2. Movimiento de codo+pegado (5-15cm)(6-7año)( )
3. Pronosupinación correcta (8años) ( )

Movimientos Asociados de la otra mano:

0. Ausente ( )
1. Leve ( )
2. Grave sin flexión de codo ( )
3. Grave con flexión de codo ( )

b Abertura de boca y dispersión de dedos: (3 a 12 años)

0. Ausencia de movimiento (> 8 años) ( )
1. Leve dispersión (7 - 8 años) ( )
2. Marcada dispersión.con leve extensión( )

c Prueba dedo - nariz (>4 años)

Uniformidad:

0. No temblores ( )
1. Ligero temblor ( )
2. Gran temblor ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

Adecuación:

0. Bien siempre (> 5 años) ( )

1. Falla 1 ó 2 ( )

2. Falla siempre ( )

d Prueba de Oposición Pulgar y dedos : (> 6 años)

Uniformidad :

0. Colocación suave(> 8 años)( ) 1. Duda ( ) 2. Dudas y fracasos ( )

Secuencia :

0. Fácil ( ) 1. Mismo dedo varias veces ( ) 2. No sigue secuencia ( )

Movimiento en espejo del otro miembro:

0. Ausente ( ) 1. Leve ( ) 2. Marcado ( )

e Prueba de Circulos : (> 6 años)

Espejo : Perfecto ( ) Diferente ( ) Malo ( )

Unidireccionalidad : Perfecto ( ) Diferente ( ) Malo ( )

Transición al cambio : Inmediato ( ) Duda ( )

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES: Buena (B), Regular (R), Mala (M)

A. NIVEL DE ATENCION

1.Bueno ( )

2.Propensión a Distraerse (24.0) ( )

3.Concentración Deficiente (24.1) ( )

4.Falta de Atención (24.5) ( )

B. MEMORIA : (15)

Memoria Visual :

1.Recuerda 7 figuras vistas (B)

2.Recuerda 4-6 figuras. vistas (R)

3.Recuerda 2-3 figuras. vistas (15.2) (M)

Memoria Auditiva :

1.Recuerda + 6 " (+ 8 años)(15.5) (B)

2.Recuerda 4-6 " (- 8 años) (R)

3.Recuerda 3 palabras (5 1/2años) (M)

C PRAXIAS : (19.1)

Prensión del lapiz : Adecuada ( ) Inadecuada ( )

Reproducción de figuras sencillas y/o dibujo espontáneo (B) (R) (M)

D GNOSIAS :

a Esquema Corporal : (23.32)

	Completo	Incompleto
Reconoce partes gruesas	( )	( )
Reconoce partes finas	( )	( )

b Lateralidad:

	Derecha	Izquierda
Manual	( )	( )
Pie	( )	( )
Ocular	( )	( )

c Organización Temporo-Espacial: (23.4)

1 Temporal:

Diferencia día –noche ( )

Reconoce días ( )

Reconoce meses ( )

Reconoce antes-despues ( )

Reconoce tiempo social ( )

Percepción Tiempo ( )

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F

2 Espacial :

Discrimina adelante-atras(3a) ( )

Discrima entre ( )

Discrimina Derecha-Izquierda (1ª pers)(6a) ( )

Discrimina Derecha-Izquierda (2ª pers)(9a) ( )

Cruza línea media ( )

d Percepción Visual : (23.18)

Discrimina Figuras entre varias(3a) ( )

Discri.colores primarios(3a) ( )

Disci. colores secundar. (4a) ( )

Discrima el circulo (3a) ( )

Discrimina el cuadrado(4a) ( )

Discrimina el rombo (7a) ( )

LENGUAJE EXPRESIVO:

Normal ( ) Alterado

LENGUAJE COMPRENSIVO:

1. Comprende ordenes simples ( )
2. Comprende ordenes semi-complejas ( )
3. Comprende ordenes. Complejas ( )
4. Realiza Análisis (B) (R) (M)

LECTURA : (34.2)

Nivel: 1er ( ) 2do ( ) 3cer ( )

Tipo : Fonemática ( ) Silábica ( )..Global ( )..Silábico-global ( )

Saltea : ( )

Comprensión global literal (B) (R) (M)

Comprensión global inferencial (B) (R) (M)

Apoyos Perceptivos Adicionales:( )

Errores :

1. Rotación ( ) 2. Reversión ( ) 7. Disocia ( ) 8. Contamina ( )
3. Omisión ( ) 4. Agrega ( ) 9. Separación( )
5. Distorsión ( ) 6. Cambia ( )

ESCRITURA : (34.4)

Nivel: 1er ( ) 2do ( ) 3cer ( )

Tipo : Cursiva ( ) Imprenta ( )

Alteración de: Tamaño ( ) Forma ( ) Presión ( )

Errores de Ortografia : ( )

Redacción: (B) (R) (M)

Errores de :

1. Omisión ( ) 2. Simplifica ( ) 3. Rotación ( )
4. Reversión ( )5. Contamin ( ) 6. Disocia ( )
7. Confusión de Letras ( ) 8. Agrega ( ) 9. Código( )

CALCULO (34.5)

1. Reconoce los números: ( )
2. Recono mucho - poco (3a) ( )
3. Recono.mayor - menor (4 a) ( )
4. Suma : ( )
5. Resta : ( )
6. Multiplica : ( )
7. Divide : ( )
8. Razonamiento: (B) (R) (M)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.

TEST DE MADUREZ PARA LA LECTOESCRITURA :

1. Constancia de Pensamiento : ( )
2. Derecha - Izquierda ( )
3. Prueba de los tres dedos : ( )
4. Comprende el absurdo : ( )
5. Prueba verbal de Relaciones Geométricas ( )

NIVEL DE INFORMACION

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

IMPRESION DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL :

Normal ( ) Fronterizo ( ) Defciencia Intelectual ( )

APRECIACION DEL CASO: .....

.....

PRONÓSTICO: .....

.....

METAS: .....

IMPRESION DIAGNOSTICA-CIE10:

.....

.....

.....

PLAN DE TRABAJO :(Entre paréntesis va el Número de Sesiones según corresponda)

1. Evaluación Psicopedagógica (3) ( )
2. Terapia Psicopedagógica (16) ( )
3. Orientación Psicopedagógica (3) ( )
4. Evaluación Psicomotricidad (1) ( )
5. Terapia de Psicomotricidad (16) ( )
6. Evaluación Psicométrica (3) ( )
7. Terapia de Mod. Conducta (6) ( )
8. Orientación Psicológica (1 al mes) ( )
9. Nutrición (1) ( )
10. Alta Temporal ( )
11. Alta Definitiva ( )
12. Informe escolar (1) ( )
13. Servicio Social(1 al mes) .....
14. Interconsulta a otro Dpto.....
15. Pase a otro Departamento .....
16. Pautas escolares: .....
17 Pautas Higiénico-dietéticas: .....

.....

18. Medidas Preventivas: .....
19. Talleres de .....
20. Farmacológico (especificar)

.....

.....

.....

21. Otros .....

.....

RESUMEN :

DEFICIENCIAS :

....

....

....

....

DISCAPACIDADES :

....

....

....

....

FIRMA Y SELLO:

....

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
DIDRIA

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General
Instituto Nacional de Rehabilitación
Dr. Fernando Urcia F.

EVOLUCIÓN

CONSIGNAR EN EVOLUCION: Formato Subjetivo, Objetivo, Analisis, Plan (SOAP), Diagnóstico-CIE, fecha, hora, firma y sello

INDICACIONES: (número de sesiones), describir en caso necesario

-1. Evaluación Psicopedagogica (3), -2. Terapia Psicopedagógica (16), -3. Orientación Psicopedagogica (3), -4. Evaluación Psicomotricidad (1), -5. Terapia de Psicomotricidad (16), -6. Evaluación Psicométrica (3), -7. Terapia de Mod. Conducta (6), -8. Orientación Psicológica (1 al mes), -9. Nutrición (1), -10 Alta Temporal (control en .... meses), -11 Alta Definitiva (consignar indicaciones), - 12 Informe escolar, - 13 Servicio Social (estudio, orientación de centro educativo, visita escolar, visita domiciliaria, taller de familia, orientación), -14 Interconsulta a otro Departamento (indicar a cual), -15 Pase a otro Departamento (indicar a cual), -16 Pautas Escolares, --17 Pautas higiénico dietéticas, -18 Medidas Preventivas, -19 Taller de Psicologia de: ....., -20.Farmacológico (tener en cuenta: nombre farmacológico, dosis, frecuencia de administración, via de administración),..... - 21Otros:.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H. CL.