



N° 169 -2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN



Dra. Carmen Ciuñentes 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 PERÚ-JAPÓN; 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 PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría 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 visación 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 CLÍNICA Y DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN 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 PERÚ-JAPÓN.







Dra. Carmen Cifuentes G.

**Artículo 2°.-** Aprobar los **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACIÓN 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 PERÚ-JAPÓN.



Dr. BEJAR V.

**Artículo 3°.-** Aprobar el **FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN 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 PERÚ-JAPÓN.


**Artículo 4°.-** Aprobar los **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN 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 PERÚ-JAPÓN.

**Artículo 5°.-** 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 6°.-** 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 URCA FERNANDEZ  
Director General  
Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
CMP N° 16500 RNE N° 0017

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



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
"ADRIANA REBAZA FLORES"

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

**HISTORIA CLINICA**  
**( PACIENTES DE 0 - 14 AÑOS )**

FECHA DE LA ATENCION: \_\_\_\_\_ HORA DE LA ATENCION: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INFORMANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL INFORMANTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
INFORMACION CONFIABLE SI ☐ NO ☐ SEXO: M ☐ F ☐

**I. ANAMNESIS**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: No escucha ( ) No habla ( ) No habla bien ( )  
No entiende ( ) Voz deficiente ( ) Otros ( )

Especificar hallazgo: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ Forma de Inicio: \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

EPISODIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

DURACION: \_\_\_\_\_

RELATO CRONOLOGICO: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS: \_\_\_\_\_

**Funciones Biológicas:** Consignar las alteradas

Sed: \_\_\_\_\_ Apetito: \_\_\_\_\_ Ritmo urinario: \_\_\_\_\_

Ritmo Evacuatorio: \_\_\_\_\_ Sueño: Normal ( ) Alterado ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**FISIOLOGICOS**

PRENATALES CPN: Si ( ) No ( ) Mes de inicio ( ) Nº de controles ( )

Niño planificado Si ( ) No ( ) Nº orden de gestacion: .... G ( ) P ( )

Edad materna: ..... años Periodo intergenesico: ..... años

EMBARAZO ( ) Medicamentos y/o toxicos: \_\_\_\_\_

Mes de administracion: 1er tr. ( ) 2do tr. ( ) 3er tr. ( )

( ) Rubeola: Mes de gestacion: 1er tr. ( ) 2do tr. ( ) 3er tr. ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL



- ( ) Otras virosis: Mes de aparición: \_\_\_\_\_
- ( ) Enfermedad materna crónica: \_\_\_\_\_
- ( ) Amenaza de aborto: Nº de veces: \_\_\_\_\_ Mes de gestación: 1er tr. ( ) 2do tr. ( )
- ( ) Traumatismo: Mes de gestación: 1er tr. ( ) 2do tr. ( ) 3er tr. ( )
- ( ) Amenaza de parto prematuro: Mes de gestación: \_\_\_\_\_
- ( ) Hemorragia del 3er trimestre: Mes de gestación: \_\_\_\_\_
- ( ) Toxemia gravídica: Mes de gestación: \_\_\_\_\_
- ( ) Otros: (especificar) \_\_\_\_\_

**PARTO**

- . Prematuridad ( ) \_\_\_\_\_ . Postmaduro ( ) \_\_\_\_\_ . Peso al nacer: \_\_\_\_\_ kg . Semanas de gestación: \_\_\_\_\_
- . Tipo de parto: Domiciliario ( ) Fuera de Hospital ( ) Hospitalario ( ) Transporte ( )
- Otros: \_\_\_\_\_

- . Persona que atendió el parto: Medico ( ) Obstetrix ( ) Partera ( ) Familiar ( ) Sola ( )  
Otra persona ( )
- . Parto: Eutócico ( ) Distócico ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
- . Trauma obstétrico ( ) Tipo: Forceps ( ) Vacum ( ) Otros ( )
- . APGAR: Al 1er minuto: \_\_\_\_\_ 5to minuto: \_\_\_\_\_
- . Signos de cianosis ( ) . Llanto al nacer: Si ( ) No ( ) . Ictericia ( ) tto: \_\_\_\_\_
- . Incompatibilidad: Rh / ABO ( ) . Sepsis del recién nacido ( )
- . Otros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

- . Control cefálico: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ . Control tronco: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Bipedestación: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ . Marcha indept.: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Control esfinteriano: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Recibió terapia física: Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_
- Tiempo que recibió terapia \_\_\_\_\_

**DESARROLLO DEL LENGUAJE**

- . Reacción al sonido: Si ( ) No ( ) . Gorgjeo: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Sonríe al escuchar la voz de la madre: Si ( ) No ( ) . Silabeo: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Comprende elogios / reprimendas: Si ( ) No ( ) . Primeras palabras: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Frases simples: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ . Frases semielaboradas: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_
- . Frases elaboradas: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ . Recibió terapias: Si ( ) No ( )
- Tiempo que recibió terapia \_\_\_\_\_

**CARÁCTER**

- |             |               |          |               |              |               |                         |
|-------------|---------------|----------|---------------|--------------|---------------|-------------------------|
| Tranquilo   | SI ( ) NO ( ) | Agresivo | SI ( ) NO ( ) | Colérico     | SI ( ) NO ( ) | Nerv                    |
| Irritable:  | SI ( ) NO ( ) | Inquieto | SI ( ) NO ( ) | Hiperactivo: | SI ( ) NO ( ) | Hipoactivo SI ( ) NO    |
| Ansioso:    | SI ( ) NO ( ) | Tímido:  | SI ( ) NO ( ) | Líder:       | SI ( ) NO ( ) | Temeroso: SI ( )        |
| Égocéntrico | SI ( ) NO ( ) | Alegre:  | SI ( ) NO ( ) | Melancólico  | SI ( ) NO ( ) | Delictivo SI ( ) NO ( ) |
- Otras / Ampliación: \_\_\_\_\_

**HABITOS**

- . Biberón ( ) Chupón ( ) Onicofagia ( ) Succión digital ( ) Enuresis ( ) Bruxismo ( )
- . Manos sudorosas ( ) Estruja manos ( ) Videojuegos ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_

**Vacunas**

- Difteria Pertusis Tétanos ☐ Hepatitis ☐ Tuberculosis ☐

**ALIMENTACION**

- . Tipo de alimentacion: \_\_\_\_\_
- . Lactancia materna: Si ( ) No ( ) . Masticacion: Si ( ) No ( ) . Disfagia: Si ( ) No ( )
- . Regurgitacion: Si ( ) No ( )
- . Alimentacion: D ( ) S ( ) I ( ) . Higiene: D ( ) S ( ) I ( ) . Vestido: D ( ) S ( ) I ( )
- D: dependiente S: semidependiente I: independiente

**PRE ESCOLARIDAD**

- . Tipo: Normal ( ) Especial ( ) Para sordos ( ) Edad de inicio: \_\_\_\_\_
- . Grado de adaptacion: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )
- . Rendimiento: Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( )
- Especificar \_\_\_\_\_
- Observaciones \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD**

- . Tipo: Normal ( ) Especial ( ) Para sordos ( ) Edad de inicio: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_
- . Grado de adaptacion: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )
- . Rendimiento: Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( )
- . Año desaprobado: Si ( ) No ( )
- Especificar \_\_\_\_\_
- Ampliacion \_\_\_\_\_

**PATOLOGICOS**

- ( ) Meningitis \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Otitis \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Malformaciones congenitas \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Enfermedades virales y/o bacterianas \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Medicamentos ototoxicos \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Narcosis (anestesia general) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Traumatismo craneal \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Convulsiones \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Intervenciones quirurgicas \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
- ( ) Alergia. Medicamento \_\_\_\_\_
- ( ) Otros \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

**FAMILIARES**

- . Padre: Vivo: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años Grado Instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupacion: \_\_\_\_\_ Sano: Si ( ) No ( )
- . Madre: Viva: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años Grado Instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupacion: \_\_\_\_\_ Sana: Si ( ) No ( )
- . Hermanos: Numero: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ N° Hombres: \_\_\_\_\_ N° Mujeres: \_\_\_\_\_ N° Fallecidos: \_\_\_\_\_
- . Enfermedad o deficiencia ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
- . Consanguinidad de padres: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
- . Sordera o hipoacusia: Si ( ) No ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL



## DINAMICA FAMILIAR

- . Familia nuclear: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
- . Relaciones familiares: \_\_\_\_\_
- . Trato de familiares con el paciente: \_\_\_\_\_
- . Bilinguismo: Si ( ) No ( )

## INMUNOLOGICOS:

## EPIDEMIOLOGICOS

Exposición a agentes transmisibles o condiciones con potencial de riesgo

## RESULTADOS EXAMENES Y OBSERVACIONES (Indicar si se consigna en anexo)

---



---



---

## II. EXAMEN FISICO

### DISCAPACIDADES DEL LENGUAJE ( 0 - 14 AÑOS )

- Funciones vitales: PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FP: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_
- Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_
- Estado general: BEG ( ) REG ( ) MEG ( ) . Estado de nutrición: BEN ( ) REN ( ) MEN ( )
- Estado de hidratación: BEH ( ) REH ( ) MEH ( ) . Facies: \_\_\_\_\_
- Estado de conciencia: Lucido ( ) Somnoliento ( ) Indiferente ( ) Dormido ( )
- Conducta: Tranquilo ( ) Inquieto ( ) Hiperquinético ( ) Rabietas ( ) No colabora ( ) Desobediente ( )
- Otros ( ) \_\_\_\_\_
- Grado de atención: Buena ( ) Distruido ( ) Sin atención ( ) . Contacto visual: Si ( ) Parcial ( ) No ( )
- Orientación tiempo: Si ( ) Parcial ( ) No ( ) . Orientación espacio: Si ( ) Parcial ( ) No ( )
- Orientación persona: Si ( ) Parcial ( ) No ( )
- Reconocimiento de colores: No ( ) Algunos colores ( ) Colores básicos ( ) Algunos secundarios ( )
- Colores secundarios ( )
- Reconocimiento de figuras geométricas: No ( ) Algunas figuras ( ) Figuras básicas ( ) Figuras complejas ( )
- Reconocimiento de esquema corporal: No ( ) Algunas gruesas ( ) Gruesas ( ) Gruesas y algunas finas ( )
- Gruesas y finas ( )
- Reconocimiento der - izq 1era persona: Si ( ) No ( ) . Reconocimiento der - izq 2da persona: Si ( ) No ( )
- Cruza la línea media: Si ( ) No ( ) . Reconocimiento absurdo: Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- Persistencia pensamiento: Si ( ) No ( ) . Impresión nivel intelectual: Normal ( ) Deficiente ( )

## EXPLORACION DEL LENGUAJE COMPRENSIVO (marcar con circulo o aspa)

		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____
. Responde a su nombre	( 5 meses )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde
. Comprende significado de "chau"	( 7 meses )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde
. Responde a una orden simple	(11meses)	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde
. Distingue entre el "tu" y "yo"	(18meses)	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde
. Obedece a dos ordenes sencillas consecutivas	(21meses)	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde
. Obedece a tres ordenes sencillas consecutivas	(24meses)	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No No corresponde

. Pasa paginas del libro, elige figuras y las nomina	(30 meses)	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Comprende ordenes con preposiciones (encima, debajo,	( 3 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Comprension de primer grado (¿ Que se hace cuando se tiene	( 4 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Señala y comprende diferencias entre el mas bonito de dos	( 5 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Distingue la mañana de la tarde	( 6 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Comprende la diferencia entre mariposa y mosca, entre piedra y	( 7 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No
. Comprension de tercer grado.	( 8 años )	Si No	No corresponde	Si No	No corresponde	Si No	No

Observaciones: \_\_\_\_\_

### EXPLORACION DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y MORFO SINTAXIS (marcar con círculo o aspa)

Si No NC = No corresponde

Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
. Gorjeo cuando se le habla	(3 meses)	Si No NC
. Logra hacer silabeo	(5 meses)	Si No NC
. Dice papa y mama	(10 meses)	Si No NC
. Logra decir dos palabras juntas	(12 meses)	Si No NC
. Usa pronombres "yo" y "tu"	(24 meses)	Si No NC
. Frases de 2 o 3 palabras no		Si No NC
. Enunciados de 3 o 4 palabras	(30 meses)	Si No NC
. Logra articulo indefinido		Si No NC
. Logra pronombres personales		Si No NC
Yo Tu Mi Ti	Yo Tu Mi Ti	Yo Tu Mi Ti
El Ella	El Ella	El Ella
Ellos	Ellos	Ellos
Ella Nosotros	Ella Nosotros	Ella Nosotros
. Logra decir palabras en singular	Si No NC	Si No NC
. Logra decir palabras en plural	Si No NC	Si No NC
. Logra decir verbos en imperativo	Si No NC	Si No NC
. Logra decir verbos en infinitivo	Si No NC	Si No NC
. Logra decir gerundios	Si No NC	Si No NC

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL



	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
Logra decir preposiciones	Si No NC	Si No NC	Si No NC
A En Para	A En Para	A En Para	A En Para
De Por Con	De Por Con	De Por Con	De Por Con
Logra emplear la forma interrogativa	Si No	Si No NC	Si No NC
Emplea conjunciones	Y A	Y A	Y A
Forma frases de 4 a 5 palabras	Si No	Si No NC	Si No NC
Emplea adjetivos	Si No	Si No NC	Si No NC
Emplea adverbios de lugar	Si No	Si No NC	Si No NC
Emplea adverbios de tiempo	Si No	Si No NC	Si No NC
Emplea los pronombres posesivos	Si No	Si No NC	Si No NC
Logra conjugar los verbos en los tiempos principales	Si No NC	Si No NC	Si No NC

### EXPLORACION FONOLÓGICA

✓ = Si

X = No

± = Parcial

\_\_\_ = No corresponde

	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
Vocales:	a o u e i	a o u e i	a o u e i
Fonemas velares y uvulares:	g j K	g j K	g j K
Fonemas bilabiales:	m p b	m p b	m p b
Fonemas labio dental:	f	f	f
Fonemas interdental:	d t	d t	d t
Fonemas alveolares:	l n s r rr	l n s r rr	l n s r rr
Fonemas palatales:	ch ñ ll y	ch ñ ll y	ch ñ ll y
Silabas inversas (v - c) con n y m:	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Silabas inversas con S y L:	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Silabas mixtas:	pr br tr fr dr gr cr pl fl gl cl bl	pr br tr fr dr gr cr pl fl gl cl bl	pr br tr fr dr gr cr pl fl gl cl bl
Diptongos:	ua au ei ie ue	ua au ei ie ue	ua au ei ie ue
Observaciones:	_____	_____	_____
Pragmatica	Adecuada ( ) Inadecuada ( )	Adecuada ( ) Inadecuada ( )	Adecuada ( ) Inadecuada ( )

### CARACTERÍSTICAS DE LA VOZ

Intensidad	Normal Débil Fuerte	Normal Débil Fuerte	Normal Débil Fuerte
Altura	Normal Aguda Grave Bitonal	Normal Aguda Grave Bitonal	Normal Aguda Grave Bitonal
Timbre	Claro Velado Ronco	Claro Velado Ronco	Claro Velado Ronco
Resonancia	Faringea Facial Nasal Pectoral	Faringea Facial Nasal Pectoral	Faringea Facial Nasal Pectoral
Ataque	Brusco Soplado Correcto	Brusco Soplado Correcto	Brusco Soplado Correcto
Modulación	Expresiva Exagerada Descentrada	Expresiva Exagerada Descentrada	Expresiva Exagerada Descentrada
Otras características	_____	_____	_____



Especificar: \_\_\_\_\_

### FLUIDEZ DEL LENGUAJE HABLADO

Ritmo	Normal Taquilálico Bradilálico	Normal Taquilálico Bradilálico	Normal Taquilálico Bradilálico
Fluidez del habla	Normal Alterada Especifique: _____	Normal Alterada Especifique: _____	Normal Alterada Especifique: _____
Presenta	Si No Tónica Clónica	Si No Tónica Clónica	Si No Tónica Clónica
Espasmofemia	Al inicio de la palabra En medio de la palabra Si No Especificar:	Al inicio de la palabra En medio de la palabra Si No Especificar:	Al inicio de la palabra En medio de la palabra Si No Especificar:
Presenta bloqueos			
Presenta repeticiones	Si No	Si No	Si No
Presenta prolongaciones	Si No	Si No	Si No
Presenta muletillas	Si No	Si No	Si No

### EXPLORACION DE LOS ORGANOS FONOARTICULARES

#### LABIOS:

Labios (en estado de reposo)	Normotonico Hipertonico Distonico	Normotonico Hipertonico Distonico	Normotonico Hipertonico Distonico
Tono muscular			
Alteraciones de los labios			
Labio leporino	Si No	Si No	Si No
Correccion quirurgica	Si No	Si No	Si No
Otras alteraciones			

#### LENGUA:

Características generales	Normal Anormal Simetrica Asimetrica Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto	Normal Anormal Simetrica Asimetrica Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto	Normal Anormal Simetrica Asimetrica Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto
Presencia de movimientos	Si No	Si No	Si No
Torpeza motora.	Si No	Si No	Si No

#### PALADAR:

Características generales	Normal Anormal Simetrica Asimetrica	Normal Anormal Simetrica Asimetrica	Normal Anormal Simetrica Asimetrica
Alteraciones	Paladar ojival Fisura palatina Fisura submucosa	Paladar ojival Fisura palatina Fisura submucosa	Paladar ojival Fisura palatina Fisura submucosa
Ayuda ortodoncica	Perforaciones palatinas Si No	Perforaciones palatinas Si No	Perforaciones palatinas Si No
Correccion quirurgica	Especificar: _____	Especificar: _____	Especificar: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Nº H CL

**VELO DEL PALADAR:**

. Características generales

**Fecha:**

Normal Anormal Simétrico  
Asimétrico

Desviada a la derecha  
Desviada a la izquierda

. Reflejo velo - palatino

Normal Ausente Parético

. Alteraciones

Velo corto Velo largo  
Disrrafia del velo

División del velo Uvula bifida

. Correcciones quirúrgica

Si No Especificar:

**Fecha:**

Normal Anormal Simétrico  
Asimétrico

Desviada a la derecha  
Desviada a la izquierda

Normal Ausente Parético

Velo corto Velo largo Disrrafia  
del velo

División del velo Uvula bifida

Si No Especificar:

**Fecha:**

Normal Anormal Simétrico  
Asimétrico

Desviada a la derecha Desviada a  
la izquierda

Normal Ausente Parético

Velo corto Velo largo Disrrafia del  
velo

División del velo Uvula bifida

Si No Especificar:

**DENTICION:**

. Características generales

Completa Incompleta  
Ausente

Si No

. Dientes pequeños

Si No

. Diastemas

Normal Mala oclusión

. Oclusión

Si No

. Caries dentales

Si No

. Ayuda ortodóncica

Si No Especificar:

. Otras alteraciones

Si No Especificar:

Completa Incompleta  
Ausente

Si No

Si No

Normal Mala oclusión

Si No

Si No

Si No Especificar:

Completa Incompleta Ausente

Si No

Si No

Normal Mala oclusión

Si No

Si No

Si No Especificar:

**MAXILAR SUPERIOR:**

. Características generales

Normal Anormal

. Alteraciones

Protraccion maxilar  
Retraccion maxilar

. Otras alteraciones

Si No Especificar:

Normal Anormal

Protraccion maxilar Retraccion  
maxilar

Si No Especificar:

Normal Anormal

Protraccion maxilar Retraccion maxilar

Si No Especificar:

**MAXILAR INFERIOR:**

. Características generales

Normal Anormal

. Alteraciones

Protraccion maxilar  
Micrognatia

. Otras alteraciones

Si No Especificar:

Normal Anormal

Protraccion maxilar Micrognatia

Si No Especificar:

Normal Anormal

Protraccion maxilar Micrognatia

Si No Especificar:

**ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR:**

. Función

Normal Anormal  
Especificar

Normal Anormal  
Especificar

Normal Anormal  
Especificar

**RESPIRACION**

. Frecuencia respiratoria

. Tipo de respiracion

Costal superior o clavicular  
Abdominal  
Costal inferior o costo  
diafragmatica

Costal superior o clavicular  
Abdominal  
Costal inferior o costo  
diafragmatica

Costal superior o clavicular  
Abdominal  
Costal inferior o costo diafragmatica



Coordinación neumiofónica	Si	No	Si	No	Si	No
Respirador bucal	Si	No	Si	No	Si	No

Mimica facial	Normal	Inexpresiva	Pobre	Normal	Inexpresiva	Pobre	Normal	Inexpresiva	Pobre	lenta
---------------	--------	-------------	-------	--------	-------------	-------	--------	-------------	-------	-------

#### EVALUACION DE LOS GRUPOS MUSCULARES DE LA MIMICA FACIAL

Presencia de movimientos	Gestos bruscos	Exagerada	Gestos bruscos	Exagerada	Gestos bruscos	Exagerada
	Si	No	Si	No	Si	No
Tono muscular	De una parte del cuerpo	De todo el cuerpo	De una parte del cuerpo	De todo el cuerpo	De una parte del cuerpo	De todo el cuerpo
Fuerza muscular	Normal	Hipotonico	Normal	Hipotonico	Normal	Hipotonico
Control salival	Hipertonico	Distonico	Hipertonico	Distonico	Hipertonico	Distonico
	Normal	Anormal	Normal	Anormal	Normal	Anormal
	Si	No	Si	No	Si	No

#### AUDICION

##### OIDO:

##### Pabellon Auricular:

Normal	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Malformacion	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
	Especificar	Especificar	Especificar	Especificar	Especificar	Especificar
Agnesia	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo

##### Conducto

Permeable	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Obstruido por	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Atresia	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Otitis externa	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo

##### Timpano:

Normal	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Opacificado	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Perforado	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Retraido	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Calcificado	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo
Otitis media	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo	Oido derecho	Oido izquierdo

#### ACUMETRIA CUANTITATIVA CON LA VOZ:

	Oido Derecho		Oido Izquierdo	
Escucha voz cuchicheada	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Escucha voz normal	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Escucha voz aumentada	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Escucha voz gritada	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL
------------------	------------------	---------	---------

### ACUMETRIA CUALITATIVA:

OIDO	DERECHO	IZQUIERDO
FRECUENCIA Y VIA		
250 Hz via aerea		
250 Hz via osea		
500 Hz via aerea		
1,000 Hz via aerea		
2,000 Hz via aerea		
4,000 Hz via aerea		
No escucha ( _ ) Escucha poco ( + ) Escucha normal ( ++ )		
Rinne	Positivo ( )	Negativo ( )
Weber	Lateraliza: Si ( ) No ( )	
	Derecha ( ) Izquierda ( )	

Observaciones:

### III. DIAGNOSTICO (Incluir CIE 10 y CIDDM)

### IV. PRONOSTICO

¿ Que espera el familiar del paciente de la Rehabilitacion?

CATEGORIA PRONOSTICA	Bueno ( )	Regular ( )	Malo ( )
Possibilidad de recuperacion	Si ( ) No ( )		Si ( ) No ( )
Possibilidad de mejoria	Si ( ) No ( )		Si ( ) No ( )
Possibilidad de asistencia	Si ( ) No ( )		Si ( ) No ( )
Discapacidad estable	Si ( ) No ( )		Si ( ) No ( )

### V. METAS

#### Para Recuperacion Funcional

- |                                 |                                     |                              |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| ( ) Lograr deglucion            | ( ) Adecuada respiracion            | ( ) Atencion                 |
| ( ) Lograr masticacion          | ( ) Ritmo                           | ( ) Memoria                  |
| ( ) Lograr nocion de objeto     | ( ) Lateralidad                     | ( ) Lenguaje comprensivo     |
| ( ) lograr nocion de espacio    | ( ) Lograr articulacion de fonemas  | ( ) Lectura labio facial     |
| ( ) Lograr nocion de causalidad | ( ) Adecuada sintaxis y vocabulario | ( ) Adecuada prosodia        |
| ( ) Praxia buco facial          | ( ) Mejorar fluidez verbal          | ( ) Modificacion de conducta |



- ( ) Esquema corporal  
( ) Otros

- ( ) Mejorar características de la voz

# De Rehabilitación Global

- ( ) Escuela  
( ) Observaciones
- ( ) Integración social
- ( ) Integración familiar

## VI. PLAN DE TRABAJO

- ( ) **Terapia de Lenguaje** Individual ( ) Grupal ( ) # de veces/semana ( )
- ( ) **Pautas Terapia de Lenguaje** # de pautas ( ) Individual ( ) Grupal ( )
- ( ) **Lavado de Oído**
- ( ) **Audifonos**
- ( ) **Adaptación de audifonos**
- ( ) **Audiometría tonal** Audiometría ( ) Logo audiometría ( ) Condicionamiento ( )
- ( ) **Timpanometría**
- ( ) **BERA** BERA ( ) Estado Estable ( )
- ( ) **Ortodoncia** Frenectomía ( ) Tratamiento ortodóncico ( )
- ( ) **Psicología** Psicometría ( ) Manejo de conducta ( ) Pautas ( ) Taller de padres ( )
- ( ) **Servicio Social**
- ( ) **Interconsulta**
- ( ) **Cita Control** 1 mes ( ) 2 meses ( ) Otros ( ) meses
- ( ) **Otros**

### VIII. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO / RECOMENDACIONES

Nombre de Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis Indicada \_\_\_\_\_  
Frecuencia de Administración \_\_\_\_\_  
Vía de Administración \_\_\_\_\_  
Medidas Higiénicodietéticas: \_\_\_\_\_  
Medidas Preventivas \_\_\_\_\_

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación  
Fecha \_\_\_\_\_

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación  
Fecha \_\_\_\_\_

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación  
Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_





Dr. Fernando Urcía F.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
"ADRIANA REBAZA FLORES"

PARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

**HISTORIA CLINICA**  
**ADULTOS (> de 14 años)**

FECHA DE LA ATENCION \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_  
INFORMACION CONFIABLE \_\_\_\_\_

HORA DE LA ATENCION: \_\_\_\_\_

☐ SI ☐ NO SEXO: ☐ F ☐ M

PARENTESCO \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_

**I. ANAMNESIS**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: No escucha ( ) No habla ( ) No habla bien ( )  
No entiende ( ) Voz deficiente ( ) Otros ( )

Especificar hallazgo: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ Forma de Inicio: \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

EPISODIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

DURACION: \_\_\_\_\_

RELATO CRONOLOGICO: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS: \_\_\_\_\_

**Funciones Biológicas:** Consignar las alteradas

Sed: \_\_\_\_\_ Apetito: \_\_\_\_\_ Ritmo urinario: \_\_\_\_\_  
Ritmo Evacuatorio: \_\_\_\_\_ Sueño: Normal ( ) Alterado ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**FISIOLOGICOS**

**PRENATALES** Con alteraciones: No ( ) Si ( )  
Desconoce ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**PARTO** Gestación a término ( ) Gestación pretérmino ( ) Parto eutócico ( ) Parto distócico ( )  
Desconoce ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**Vacunas** Difteria Pertusis Tétanos ☐ Hepatitis ☐ Tuberculosis ☐

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

. Marcha independiente Edad: \_\_\_\_\_ . Primeras palabras Edad: \_\_\_\_\_  
. Frases elaboradas Edad: \_\_\_\_\_ . Desconoce: ( )

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL



**CARÁCTER**

. Tranquilo ( ) Agresivo ( ) Alegre ( ) Colérico ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )

. Otros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Amenaza de aborto: Nº de veces: \_\_\_\_\_ Mes de gestación: 1er tr. ( ) 2do tr. ( )

( ) Traumatismo: Mes de gestación: 1er tr. ( ) 2do tr. ( ) 3er tr. ( )

( ) Amenaza de parto prematuro: Mes de gestación: \_\_\_\_\_

( ) Hemorragia del 3er trimestre: Mes de gestación: \_\_\_\_\_

( ) Toxemia gravídica: Mes de gestación: \_\_\_\_\_

Desconoce datos ☐

( ) Otros: (especificar) \_\_\_\_\_

**HABITOS**

. Tabaco ( ) Alcohol ( ) Drogas ( ) Onicofagia ( ) . Manos sudorosas ( ) Videojuegos ( )

. Otros ( ) \_\_\_\_\_

**ALIMENTACION**

\_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

. Alimentación: D ( ) S ( ) I ( ) . Higiene: D ( ) S ( ) I ( ) . Vestido: D ( ) S ( ) I ( )

D: dependiente S: semidependiente I: independiente

**PATOLOGICOS**

( ) Meningitis \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Otitis \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Malformaciones congénitas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Enfermedades virales y/o bacterianas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Medicamentos ototóxicos \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Narcosis (anestesia general) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Traumatismo craneal \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Convulsiones \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Intervenciones quirúrgicas \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Exposición al ruido \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Hipertensión arterial \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Diabetes mellitus \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

( ) Alergia. Medicamento \_\_\_\_\_

( ) Otros \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

**EDUCACION - TRABAJO.**

Tipo: Normal ( ) Especial ( ) Para sordos ( )

Edad de inicio: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Grado de adaptación: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

Duración: \_\_\_\_\_

Rendimiento: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

Año desaprobado: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

**FAMILIARES**

. Padre: Vivo: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años Grado Instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Sano: Si ( ) No ( )

. Madre: Viva: Si ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años Grado Instrucción: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Sana: Si ( ) No ( )  
 . Hermanos: Numero: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Nº Hombres: \_\_\_\_\_ Nº Mujeres \_\_\_\_\_ Nº Fallecidos \_\_\_\_\_  
 . Hijos: Numero: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Nº Hombres: \_\_\_\_\_ Nº Mujeres \_\_\_\_\_ Nº Fallecidos \_\_\_\_\_  
 . Enfermedad o deficiencia ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Consanguinidad de padres: Si ( ) No ( ) Grado de parentesco: I ( ) II ( ) III ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Sordera o hipoacusia: Si ( ) No ( ) Grado: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Alteración del habla: Si ( ) No ( ) Grado: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Retardo mental: Si ( ) No ( ) Grado: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Otros síndromes: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

Leyenda: Grado I GradoII Grado III

### DINAMICA FAMILIAR

. Familia nuclear: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 . Relaciones familiares: \_\_\_\_\_  
 . Trato de familiares con el paciente: \_\_\_\_\_

### RESULTADOS EXAMENES Y OBSERVACIONES

### INMUNOLOGICOS:

### EPIDEMIOLOGICOS

Exposición a agentes transmisibles o condiciones con potencial de riesgo

### II. EXAMEN FISICO

### DISCAPACIDADES DEL LENGUAJE ( ADULTOS )

Funciones vitales: PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FP: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Tº: \_\_\_\_\_  
 Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_  
 Estado general: BFG ( ) RFG ( ) MFG ( ) . Estado de nutrición: BEN ( ) REN ( ) MEN ( )  
 Estado de hidratación: BEH ( ) REH ( ) MEH ( ) . Facies: \_\_\_\_\_  
 Estado de conciencia: Lucido ( ) Somnoliento ( ) Indiferente ( ) Dormido ( )  
 Conducta: Tranquilo ( ) Inquieto ( ) Hiperquinético ( ) Rabieta ( ) No colabora ( ) Desobediente ( )  
 Otros ( ) \_\_\_\_\_  
 Grado de atención: Buena ( ) Distruido ( ) Sin atención ( ) . Contacto visual: Si ( ) Parcial ( ) No ( )  
 Orientación tiempo: Si ( ) Parcial ( ) No ( ) . Orientación espacio: D ( ) OP ( ) O ( )  
 Orientación persona: D ( ) OP ( ) O ( )  
 Impresión nivel intelectual: Normal ( ) Deficiente ( )

### EXPLORACION DEL LENGUAJE COMPRENSIVO (marcar con un círculo)

	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
. Responde a su nombre	Si No	No Si No	No Si No
. Responde a una orden simple	Si No	No Si No	No Si No
. Obedece a tres ordenes sencillas consecutivas	Si No	No Si No	No Si No
. Entiende y ejecuta ordenes complejas (Prueba de los 3 papeles de Pierre Marie)	Si No	No corresponde Si No	No corresponde Si No corresponde



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

**EXPLORACION DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y MORFO SINTAXIS** (marcar con círculo o aspa)

Si No NC = No corresponde

	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
. Dice papa y mama	Si No NC	Si No NC	Si No NC
. Logra decir dos palabras juntas	Si No NC	Si No NC	Si No NC
. Enunciados de 3 o 4 palabras	Si No NC	Si No NC	Si No NC
. Forma frases de 4 a 6 palabras	Si No NC	Si No NC	Si No NC
. Logra conjugar los verbos en los tiempos principales	Si No NC	Si No NC	Si No NC

**FLUIDEZ DEL LENGUAJE HABLADO**

	Normal Taquílalo Normal Alterada	Normal Taquílalo Normal Alterada	Normal Taquílalo Bradilalo Normal Alterada Especifique:
. Ritmo			
. Fluidez del habla			
. Presenta	Si No Tónica Clónica	Si No Tónica Clónica	Si No Tónica Clónica
. Espasmodia	Al inicio de la palabra Si No En medio de la palabra Si No	Al inicio de la palabra Si No En medio de la palabra Si No	Al inicio de la palabra Si No En medio de la palabra Si No
. Presenta balbismo	Si No Especificar: _____	Si No Especificar: _____	Si No Especificar: _____
. Presenta sincinesias	Si No Especificar: _____	Si No Especificar: _____	Si No Especificar: _____
. Frecuencia de bloqueos	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo
. Bloqueos en lenguaje espontáneo	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Bloqueos en lenguaje ideacional	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Bloqueos en lenguaje repetitivo	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Bloqueos en lenguaje Automático	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Bloqueos en lectura	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )

**PROSODIA**

. Frases cortas por incoordinación neumofónica	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Incremento de la frecuencia al final de la frase	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Reducción de la acentuación o énfasis	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
. Intervalos prolongados entre	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )

**EXPLORACION FONETICA**

✓ = Si

X = No

± = Parcial

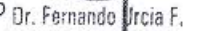
\_\_ = No corresponde

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

. Vocales:	a o u e i	a o u e i	a o u e i
------------	-----------	-----------	-----------



## CARACTERÍSTICAS DE LA VOZ

Volumen	Normal	Debil	Fuerte	Normal	Debil	Fuerte	Normal	Debil	Fuerte
o sonoridad	Monosonoras Volumen variable con subidas e incontroladas alteraciones en altura			Monosonoras Volumen variable con subidas e incontroladas alteraciones en altura			Monosonoras Volumen variable con subidas e incontroladas alteraciones en altura		
Tono	Disminuciòn progresiva del volumen			Disminuciòn progresiva del volumen			Disminuciòn progresiva del volumen		
	Normal	Aguda	Grave	Normal	Aguda	Grave	Normal	Aguda	Grave Bitonal
	Falsetes Monòtono			Falsetes Monòtono			Falsetes Monòtono		
Calidad de voz	Clara	Jadeante	Voz forzada	Clara	Jadeante	Voz forzada	Clara	Jadeante	Voz forzada
		Voz ronca	Voz temblorosa		Voz ronca	Voz temblorosa		Voz ronca	Voz temblorosa
Resonancia	Faringea	Nasal	Pectoral	Faringea	Nasal	Pectoral	Faringea	Nasal	Pectoral
Ataque	Brusco	Soplado	Correcto	Brusco	Soplado	Correcto	Brusco	Soplado	Correcto
Modulaciòn	Expresiva	Exagerada		Expresiva	Exagerada		Expresiva	Exagerada	Descentrada
Otras características: Especificar:									



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

## EXPLORACION DE LOS ORGANOS FONOARTICULARES

### LENGUA:

Características generales	Normal Anormal Simétrica Asimétrica	Normal Anormal Simétrica Asimétrica	Normal Anormal Simétrica Asimétrica
	Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto	Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto	Desviada a la derecha Desviada a la izquierda Macroglosia Microglosia Frenillo sublingual corto
Presencia de movimientos anormales	Si No	Si No	Si No
Torpeza motora.	Si No	Si No	Si No

### PALADAR:

Características generales	Normal Anormal Simétrica	Normal Anormal Simétrica	Normal Anormal Simétrica
Alteraciones	Paladar ojival Fisura Perforaciones palatinas	Paladar ojival Fisura Perforaciones palatinas	Paladar ojival Fisura palatina Perforaciones palatinas
Ayuda ortodóncica	Si No	Si No	Si No
Corrección quirúrgica	Especificar:	Especificar:	Especificar:

### VELO DEL PALADAR:

Características generales	Normal Anormal Simétrico	Normal Anormal Simétrico	Normal Anormal Simétrico
	Desviada a la derecha	Desviada a la derecha	Desviada a la derecha Desviada a
Reflejo velo - palatino	Normal Ausente Parético	Normal Ausente Parético	Normal Ausente Parético
Alteraciones	Velo corto Velo largo	Velo corto Velo largo Disrrafia	Velo corto Velo largo Disrrafia del
Correcciones quirúrgica	División del velo Uvula bifida Si No Especificar:	División del velo Uvula bifida Si No Especificar:	División del velo Uvula bifida Si No Especificar:

### DENTITION:

Características generales	Completa Incompleta	Completa Incompleta	Completa Incompleta Ausente
Dientes pequeños	Si No	Si No	Si No
Diastemas	Si No	Si No	Si No
Oclusión	Normal Mala oclusión	Normal Mala oclusión	Normal Mala oclusión
Caries dentales	Si No	Si No	Si No
Ayuda ortodóncica	Si No	Si No	Si No
Otras alteraciones	Si No Especificar:	Si No Especificar:	Si No Especificar:

### MAXILAR SUPERIOR:

Características generales	Normal Anormal	Normal Anormal	Normal Anormal
Alteraciones	Protraccion maxilar	Protraccion maxilar Retraccion	Protraccion maxilar Retraccion maxilar
Otras alteraciones	Si No Especificar:	Si No Especificar:	Si No Especificar:

#### MAXILAR INFERIOR:

Características generales	Normal Anormal	Normal Anormal	Normal Anormal
Alteraciones	Protraccion maxilar	Protraccion maxilar Micrognatia	Protraccion maxilar Micrognatia
Otras alteraciones	Si No Especificar:	Si No Especificar:	Si No Especificar:

#### ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR:

Función	Normal Anormal	Normal Anormal	Normal Anormal
	Especificar	Especificar	Especificar

#### RESPIRACION

Frecuencia respiratoria			
Tipo de respiración	Costal superior o clavicular Abdominal	Costal superior o clavicular Abdominal	Costal superior o clavicular Abdominal
	Costal inferior o costo diafragmatica	Costal inferior o costo diafragmatica	Costal inferior o costo diafragmatica
Tipo de respiración	Coordinada Incoordinada	Coordinada Incoordinada	Coordinada Incoordinada
Inspiración	Oral Nasal	Oral Nasal	Oral Nasal
Inspiración	Oral Nasal	Oral Nasal	Oral Nasal

#### EVALUACION DE LOS GRUPOS MUSCULARES DE LA MIMICA FACIAL

Mimica facial	Normal Inexpresiva		
	Gestos bruscos Exagerada	Gestos bruscos Exagerada	Gestos bruscos Exagerada
Presencia de movimientos	Si No	Si No	Si No
	De una parte del cuerpo De	De una parte del cuerpo De	De una parte del cuerpo De todo el
Tono muscular	Normal Hipotonico	Normal Hipotonico	Normal Hipotonico Hipertonico
Fuerza muscular	Normal Anormal	Normal Anormal	Normal Anormal

#### AUDICION

##### OIDO:

##### Pabellon Auricular:

Normal	Oido derecho Oido	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo
Malformacion	Oido derecho Oido izquierdo Especificar	Oido derecho Oido izquierdo Especificar	Oido derecho Oido izquierdo Especificar
Agnesia	Oido derecho Oido	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo

##### Conducto Auditivo Externo:

Permeable	Oido derecho Oido	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo
Obstruido por	Oido derecho Oido	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo
Atresia	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo
Otitis externa	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo	Oido derecho Oido izquierdo



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

**Timpano:**

Normal	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo
Opacificado	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo
Perforado	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo
Retraído	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo
Calcificado	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo
Otitis media	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo	Oído derecho Oído izquierdo

**ACUMETRIA CUANTITATIVA CON LA VOZ:**

	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Escucha voz cuchicheada	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Escucha voz normal	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Escucha voz aumentada	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Escucha voz gritada	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )

**ACUMETRIA CUALITATIVA:**

OIDO	DERECHO	IZQUIERDO
FRECUENCIA Y VIA		
250 Hz via aerea		
250 Hz via osea		
500 Hz via aerea		
1,000 Hz via aerea		
2,000 Hz via aerea		
4,000 Hz via aerea		
No escucha ( _ ) Escucha poco ( + ) Escucha normal ( ++ )		
Rinne	Positivo ( )	Negativo ( )
Weber	Lateraliza: Si ( ) No ( )	
	Derecha ( ) Izquierda ( )	

Observaciones:

**III. DIAGNOSTICO** (Incluir CIE 10 y CIDDM)

**IV. PRONOSTICO**

¿ Que espera el familiar del paciente de la Rehabilitacion?

CATEGORIA PRONOSTICA	Bueno ( )	Regular ( )	Malo ( )
Posibilidad de recuperacion	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Posibilidad de mejoría	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Posibilidad de asistencia	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )
Discapacidad estable	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )	Si ( ) No ( )

## V. METAS

### Para Recuperacion Funcional

- |                                 |                                       |                              |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ( ) Lograr deglucion            | ( ) Adecuada respiracion              | ( ) Atencion                 |
| ( ) Lograr masticacion          | ( ) Ritmo                             | ( ) Memoria                  |
| ( ) Lograr nocion de objeto     | ( ) Lateralidad                       | ( ) Lenguaje comprensivo     |
| ( ) lograr nocion de espacio    | ( ) Lograr articulacion de fonemas    | ( ) Lectura labio facial     |
| ( ) Lograr nocion de causalidad | ( ) Adecuada sintaxis y vocabulario   | ( ) Adecuada prosodia        |
| ( ) Praxia buco facial          | ( ) Mejorar fluidez verbal            | ( ) Modificacion de conducta |
| ( ) Esquema corporal            | ( ) Mejorar características de la voz |                              |
| ( ) Otros                       |                                       |                              |

### De Rehabilitacion Global

- |                   |                        |                          |
|-------------------|------------------------|--------------------------|
| ( ) Escuela       | ( ) Integracion social | ( ) Integracion familiar |
| ( ) Observaciones |                        |                          |

## VI. PLAN DE TRABAJO

- |                                |                 |                      |                       |
|--------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| ( ) Terapia de Lenguaje        | Individual ( )  | Grupal ( )           | # de veces/semana ( ) |
| ( ) Pautas Terapia de Lenguaje | # de pautas ( ) | Individual ( )       | Grupal ( )            |
| ( ) Lavado de Oido             |                 |                      |                       |
| ( ) Audifonos                  |                 |                      |                       |
| ( ) Adaptacion de audifonos    |                 |                      |                       |
| ( ) Audiometria tonal          | Audiometría ( ) | Logo audiometría ( ) | Condicionamiento ( )  |
| ( ) Timpanometria              |                 |                      |                       |





Dr. Fernando Urcia F.

( ) BERA

BERA ( ) Estado Estable ( )

( ) Ortodoncia

Frenectomía ( )

Tratamiento ortodóncico ( )

( ) Psicología

Psicometría ( )

Manejo de conducta ( )

Pautas ( )

Taller de padres ( )

( ) Servicio Social

( ) Interconsulta

( ) Cita Control

1 mes ( )

2 meses ( )

Otros ( ) meses

( ) Otros

### VIII. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO / RECOMENDACIONES

Nombre de Medicamento

Dosis Indicada

Frecuencia de Administración

Vía de Administración

Medidas Higiénicodietéticas:

Medidas Preventivas

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación

Fecha \_\_\_\_\_

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación

Fecha \_\_\_\_\_

Firma/ Sello / RNE del médico  
responsable de la evaluación

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL

Dr. Fernando Urcia F.





MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
"ADRIANA REBAZA FLORES"



Dr. Fernando Urcia P

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

**HISTORIA CLINICA AFASIA**

FECHA DE LA ATENCION \_\_\_\_\_ HORA DE LA ATENCION: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
INFORMACION CONFIABLE SI ☐ NO ☐ SEXO: F ☐ M ☐

**I. ANAMNESIS**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: No escucha ( ) No habla ( ) No habla bien ( )  
No entiende ( ) Voz deficiente ( ) Otros ( )

Especificar hallazgo: \_\_\_\_\_

**EPISODIO ACTUAL:**

**ETIOLOGIA**

**DURACION:**

**RELATO CRONOLOGICO:**

**SIGNOS Y SINTOMAS:**

. Dificultad para hablar	SI ( )	NO ( )
. Comunicación - Gestos	SI ( )	NO ( )
. Comunicación - Verbal	SI ( )	NO ( )
. Dificultad para comprender	SI ( )	NO ( )
. Pérdida de conciencia	SI ( )	NO ( )
. Déficit motor	SI ( )	NO ( )
. Asimetría facial	SI ( )	NO ( )
. Control de esfínteres	SI ( )	NO ( )
. Dificultad para tragar: *sólidos	SI ( )	NO ( )
*semisólidos	SI ( )	NO ( )
*líquidos	SI ( )	NO ( )
Trastorno del sueño:	SI ( )	NO ( )
*Insomnio	SI ( )	NO ( )
*Hipersomnia	SI ( )	NO ( )

**Funciones Biológicas:**

Sed: \_\_\_\_\_ Apetito: \_\_\_\_\_ Ritmo urinario: \_\_\_\_\_  
Ritmo Evacuatorio: \_\_\_\_\_ Sueño: Normal ( ) Alterado ( ) Otros: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL



Dr. Fernando Urcia F.

## ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

**PRENATALES** Con alteraciones: No ( ) Si ( ) \_\_\_\_\_  
Desconoce ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**PARTO** Gestación a término ( ) Gestación pretérmino ( ) Parto eutócico ( ) Parto distócico ( )  
Desconoce ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

## DESARROLLO PSICOMOTOR

. Marcha independiente Edad: \_\_\_\_\_ . Primeras palabras Edad: \_\_\_\_\_  
. Frases elaboradas Edad: \_\_\_\_\_ . Desconoce: ( )

## CARÁCTER

**Antes del cuadro:** Tranquilo ( ) Agresivo ( ) Alegre ( ) Colérico ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )

**Después del cuadro:** Tranquilo ( ) Agresivo ( ) Alegre ( ) Colérico ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )

. Otros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

## HÁBITOS

### Hábitos nocivos

Tabaco ( ) (-) No	Alcohol ( ) (-) No	Drogas ( ) NO
( ) (+) > de 5 cig/d	( ) (+) Ocasional	( ) SI
( ) (++) > de 10 cig/d	( ) (++) Regular	Tiempo: _____
( ) (+++) > de 20 cig/d	( ) (+++) Frecuente	
. Otros ( ) _____		

## ALIMENTACION \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** . Alimentación: D ( ) S ( ) I ( ) . Higiene: D ( ) S ( ) I ( ) . Vestido: D ( ) S ( ) I ( )  
D: dependiente S: semidependiente I: independiente

## PATOLOGICOS

. Hipertensión arterial	SI ( )	NO ( )
. Diabetes Mellitus	SI ( )	NO ( )
. Cardiopatía	SI ( )	NO ( )
. Hiperlipidemia	SI ( )	NO ( )
. Accidente isquémico transitorio	SI ( )	NO ( )
. Hipertensión intracraneal	SI ( )	NO ( )
. Otros _____		

## EDUCACION - TRABAJO.

Tipo: Normal ( ) Especial ( ) \_\_\_\_\_

Edad de inicio: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Grado de adaptación: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

Duración: \_\_\_\_\_

Rendimiento: Buena ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

Año desaprobado: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_



Ocupación actual: \_\_\_\_\_  
Ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO RECIBIDO

Lugar de la atención: \_\_\_\_\_  
Tratamiento (Incluye: uso de sondas, medicamentos, dosis descripción, dosis, otros): \_\_\_\_\_

Terapias de rehabilitación recibidas ( lugar, presentò mejoría o no): Física ( ) Lenguaje ( ) NO ( ) SI ( )

## RESULTADOS EXAMENES Y OBSERVACIONES

### INMUNOLOGICOS

### EPIDEMIOLOGICOS

Exposición a agentes transmisibles o condiciones con potencial de riesgo

## II. EXAMEN FISICO

Funciones vitales: PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FP: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_  
Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

1. Estado general: \_\_\_\_\_ . Estado de nutrición: \_\_\_\_\_

Estado de hidratación: \_\_\_\_\_

Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

2. Facies: \_\_\_\_\_, Asimétrica NO ( ) SI ( )

### 3. Deficiencia de la evolución (27)

a) Deficiencia de la adaptabilidad (27.8)	SI ( )	NO ( )
. Con estado de ánimo deprimido	SI ( )	NO ( )
. Con alteración de conciencia	SI ( )	NO ( )
. Con retraimiento social (29.1)	SI ( )	NO ( )
b) Negativismo	SI ( )	NO ( )

### 4. Deficiencia de los impulsos (25)

. Incapacidad para perseguir objetos	SI ( )	NO ( )
--------------------------------------	--------	--------

### 5. Deficiencia de la emoción, afecto

. Inestabilidad emotiva	SI ( )	NO ( )
. Irritabilidad	SI ( )	NO ( )

### 6. Deficiencia de la atención (24)

. Distruido (24.5)	SI ( )	NO ( )
. Proporción a distraerse (24.0)	SI ( )	NO ( )
. Atento	SI ( )	NO ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL

## 7. Deficiencia de la percepción(23)

. Anosognosia	SI ( )	NO ( )
. Astereognosia	SI ( )	NO ( )
. Agnosia visual	SI ( )	NO ( )
. Agnosia auditiva	SI ( )	NO ( )
. Asomatognosia	SI ( )	NO ( )
- Agnosia digital	SI ( )	NO ( )
- Reconoce derecha e izquierda	SI ( )	NO ( )

## 8. Deficiencia de la orientación (23.4)

### a) En persona ¿conoce su?

. Nombre y apellido	SI ( )	NO ( )
. Edad	SI ( )	NO ( )
. Fecha de nacimiento	SI ( )	NO ( )
. Lugar de nacimiento	SI ( )	NO ( )
. Dirección	SI ( )	NO ( )
. Profesión u ocupación	SI ( )	NO ( )

### b) En lugar ¿está orientado?

SI ( ) NO ( )

### c) En el tiempo ( está orientado en...)

. Día del mes	SI ( )	NO ( )
. Mes	SI ( )	NO ( )
. Año	SI ( )	NO ( )
. Día de la semana	SI ( )	NO ( )
. Hora aproximada	SI ( )	NO ( )

## 9. Deficiencia de la Memoria (12.1)

### a) Memoria inmediata retentiva (memorización) (12.2)

. Test de Kasperski ¿recuerda?	SI ( )	NO ( )
A los 30 minutos	SI ( )	NO ( )
Al 1º minuto	SI ( )	NO ( )
Al 1 1/2 minuto	SI ( )	NO ( )
. Figuras geométricas	SI ( )	NO ( )
. Todas	SI ( )	NO ( )
. Algunas	SI ( )	NO ( )
. Ninguna	SI ( )	NO ( )
. Reproducción	SI ( )	NO ( )

### b) Memoria anterògrada de fijación reciente (rememorización)

. Relato de la enfermedad	SI ( )	NO ( )
. Antecedentes de la actualidad	SI ( )	NO ( )

### c) Memoria anterògrada de fijación remota (rememorización) puede realizar?

. Relato de infancia	SI ( )	NO ( )
. Relato acerca de su familia	SI ( )	NO ( )

## 10. Deficiencia de la inteligencia (10) ¿Puede comprender?

### a) Comprensión de imágenes temáticas y textos

. Serie de dibujos	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )





Dr. Fernando Urcia F

. Cuento	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Metàforas	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Proverbios	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )

b) Formación de conceptos: ¿Logra?

. Definición de palabras de ideas diferentes	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Semejanza en pares de ideas	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Relación palabra - categoría	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Parte de un todo	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Opuestos	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Analogías	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )

c) Actividad intelectual discursiva: ¿Realiza?

. Suma simple	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Resta simple	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Suma inmediata	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Operaciones seriadas consecutivas	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )

11. Otro tipo de actividad baja de funciones (18)

. Psicométricas: ¿Presenta?

a) Dispraxia motora:

. Intransitiva	SI ( )	NO ( )
. Transitiva simple	SI ( )	NO ( )
. Transitiva compleja	SI ( )	NO ( )

b) Dispraxia orofonatoria: ¿Puede?

. Soplar	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Lengua de derecha a izquierda	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL
------------------	------------------	---------	---------

. Masticar	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Silbar	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )
. Chasquidos	SI ( )	NO ( )
Dificultad	SI ( )	NO ( )

## 12. Deficiencia del lenguaje oral (30) ¿Posee?

a) Lenguaje espontáneo	SI ( )	NO ( )
. Describe lámina	SI ( )	NO ( )
. Comunicación	SI ( )	NO ( )
. Palabras aisladas. No fluente	SI ( )	NO ( )
. No fluencia gramatical	SI ( )	NO ( )
. Fluente: Afásica	SI ( )	NO ( )
. Parafasias verbal / Semántica	SI ( )	NO ( )
. Neologismos	SI ( )	NO ( )
. Jergafásica	SI ( )	NO ( )
. Articulación Imprecisa (llenar ficha de adulto)	SI ( )	NO ( )
. Disfonía (llenar ficha de adulto)	SI ( )	NO ( )
. Esfuerzo Articulatorio	SI ( )	NO ( )
. Autocorrecciones	SI ( )	NO ( )
. Afirmaciones irrelevantes	SI ( )	NO ( )
. Expresiones estereotipadas	SI ( )	NO ( )
. Prosodia adecuada	SI ( )	NO ( )
- Con ritmo	SI ( )	NO ( )
- Con melodía	SI ( )	NO ( )
b) Lenguaje automático: ¿Puede?		
. Series en orden discreto		
- Contar del 1 al 20	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
- Nombrar días de la semana	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
- Nombre: meses del año	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
. Series en orden inverso	SI ( )	NO ( )
- Contar del 20 al 1	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
- Nombrar días de la semana	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
- Nombrar meses del año	SI ( )	NO ( )
- Parcial	SI ( )	NO ( )
c) ¿Puede hacer repetición?		
d) Denominación visuoverbal: nòmina?		
. Imágenes	SI ( )	NO ( )
. Objetos	SI ( )	NO ( )
. Partes del cuerpo	SI ( )	NO ( )
. Acciones	SI ( )	NO ( )





Dr. Fernando García F.

. Respuestas denominada SI ( ) NO ( )  
. Completando - Denominando SI ( ) NO ( )

**13. Deficiencia lectora (30.1) Realiza:**

**a) Verbalización**

. Letras SI ( ) NO ( )  
. Números SI ( ) NO ( )  
. Palabras SI ( ) NO ( )  
. Textos SI ( ) NO ( )

**b) Comprensión lectora - sin verbalización**

. Apareamiento palabra - imagen SI ( ) NO ( )  
. Discriminación de letras SI ( ) NO ( )  
. Ejecución de órdenes escritas SI ( ) NO ( )

**c) Frases: textos:**

. Completando simples SI ( ) NO ( )  
. Completando complejas SI ( ) NO ( )

**14. Deficiencia de la escritura (34.4)**

. Usa mano dominante SI ( ) NO ( )  
. Tiene mecánica de escritura SI ( ) NO ( )  
. Escribe nombre y dirección, copia una base SI ( ) NO ( )  
. Reconoce escritura SI ( ) NO ( )  
. Hace escritura imprenta, letras malformadas SI ( ) NO ( )  
. Escritura cursiva adecuada SI ( ) NO ( )  
. Legible SI ( ) NO ( )  
. Escritura normal SI ( ) NO ( )  
. Copia dictado de:  
- Letras SI ( ) NO ( )  
- Palabras SI ( ) NO ( )  
- Números SI ( ) NO ( )  
- Frases SI ( ) NO ( )  
. Hace escritura escritura espontánea? SI ( ) NO ( )  
. Denominación escrita correcta SI ( ) NO ( )  
. Escritura narrativa correcta SI ( ) NO ( )

**15. Deficiencias de otras funciones lingüísticas**

a) Identifica gestos funcionales? (Visual no verbal) SI ( ) NO ( )  
b) Eficacia Comunicativa con términos SI ( ) NO ( )  
. ¿Responde con gestos? SI ( ) NO ( )  
. ¿En forma oral? SI ( ) NO ( )

**VALORACION DE UNA MUESTRA DE HABLA CONVERSACIONAL**

. No fluida fluida  
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7  
. Palabras aisladas : \_\_\_\_\_ 7 palabras o más  
. Proporción palabras de contenido / palabras funcionales  
. Predominio de palabras: De contenido informativo \_\_\_\_\_  
. Predominio de palabras: Funcionales \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Nº H CL

FORMA GRAMATICAL: CONSTRUCCIONES SINTACTICA: marcar con una raya vertical

- . Ninguna.....Normal  
 . Parafasias infrecuentes.....Frecuentes  
 . Prosodia severamente deteriorada.....Normal  
 . Agilidad severamente deteriorada.....Normal

**General:**

Aparato locomotor:

Respiratorio:

Cardiovascular:

Visión:

Audición:

Urogenital:

Signos genéticos:

Otros:

**III. DIAGNOSTICO** (Incluir CIE 10 y CIDDM)

**IV. PRONOSTICO**

Pronóstico de Marcha: Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

**V. METAS**

**VI. PLAN DE TRATAMIENTO**

**TERAPIA (S)**

Individual ( ) Grupal ( ) # de veces/semana ( )

**MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS**

**MEDIDAS PREVENTIVAS**

**INTERCONSULTAS**

**EXAMENES AUXILIARES**





Dr. Fernando Urcia F

### VIII. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO / RECOMENDACIONES

Nombre de Medicamento

Dosis Indicada

Frecuencia de Administración

Vía de Administración

---

---

---

---

FIRMA / SELLO / RNE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA ATENCION

Fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL