



**DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE
EXPEDIENTE DEL ALUMNO**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

Nombre.....
Sexo..... Edad..... Fecha de nacimiento.....
Dirección..... Teléfono.....
Grado escolar..... Escuela.....
Fecha Elaboró.....
Entrevista directa () indirecta () Tutor.....
Motivo de consulta Canalizado de.....

DATOS DE LOS FAMILIARES

	Madre	Padre	Hermanos No. ()	Otros
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Edad				
Escolaridad				
Ocupación				

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

.....
.....
¿Cuántas personas viven en la casa?
Tipo de familia y dinámica familiar
.....
¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos?
¿Cómo es la relación del niño con tíos, abuelos?
Lugar que ocupa entre sus hermanos
En casa, ¿quién trabaja?, ¿quién lleva el gasto?
En la familia, hay algún caso de violencia o adicciones:
.....

ALIMENTACIÓN

Dieta diaria
.....

SALUD

¿Qué enfermedades se le presentan con frecuencia?
¿Ha tenido alguna crisis convulsiva?
¿Tiene alguna enfermedad cardiológica, respiratoria o digestiva?
Audición
Visión.....

PSICOLOGÍA

Conducta
.....
Hace amigos con facilidad
Es desprendido con los hermanos, amigos, padres
Es abierto y cordial con la familia
Es abierto y cordial con otros niños.....
Presenta algún tipo de fobias ¿cuáles?
¿Cómo es el sueño del niño, tranquilo, se despierta, sobresaltos, sueña en alto?.....
Se muerde las uñas
Tipo de juego

VIVIENDA

Material	Baños	Piezas	Tiene patio
Luz	Gas	Agua	Teléfono
Cable	Internet		

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Cirugías	Traumatismos	Alergias
Medicamentos	Vacunas	Otros

ANTECEDENTES PRENATALES

Control prenatal: 1er trimestre..... 2º trimestre..... 3er trimestre

Infecciones, enfermedades o complicaciones:

Exposición a toxinas:

Toxicomanías:

Medicamentos ingeridos:

Tipo de sangre: Madre..... Hijo.....

ANTECEDENTES PERINATALES

Número de gesta Lugar de nacimiento

Edad gestacional Tipo de parto:

Duración del parto APGAR

ANTECEDENTES POSTNATALES

Peso Talla Tamiz

Inicio de la respiración y primer llanto: INMEDIATO – TARDO

Reanimación u oxigenación requerida Duración de estancia hospitalaria

Color: normal, cianótico, amarillento

Datos de infección, enfermedad y otras complicaciones

Alimentación al seno materno Fórmula:.....

Malformaciones congénitas

DESARROLLO PSICOMOTOR

Sostuvo la cabeza	Giros	Sedestación	Arrastre
Gateo	Bipedestación	Marcha	Control de esfínteres

Desarrollo de Lenguaje

.....

HISTORIA ESCOLAR

Conducta en la escuela:

.....

.....

.....

.....



DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCION DE SALUD
COORDINACION DE REHABILITACIÓN
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE
EVALUACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Nombre del alumn@

Sexo..... Edad..... Grado escolar.....

Fecha Elaboró.....

EVALUACIÓN DE HABILIDADES DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE

D.B.A.	
NIVEL DE LECTURA Y ESCRITURA	
FONOLÓGICO	
SINTÁCTICO	
SEMÁNTICO	
PRAGMÁTICO	

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **EXPEDIENTE CLÍNICO DEL ALUMNO LENGUAJE Y APRENDIZAJE (REHABILITACION,)** hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

NOMBRE Y FIRMA



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: EXPEDIENTE CLINICO DEL ALUMNO. (REHABILITACIÓN)

El Municipio de Mérida, Yucatán, a través de su la Dirección de Bienestar Social, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación: responsable o tutor, antecedentes familiares, antecedentes perinatales, valoración, tratamiento y diagnóstico.

Los datos personales que recabamos de usted, en el presente formato, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Dar seguimiento a su solicitud de consulta.
- elaboración de expediente.
- Hoja de referencia (en su caso)

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- elaboración de indicadores y gráficas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, colonia Centro de esta ciudad de Mérida, en el horario de 8:00 am a 2:00 pm, previamente al tratamiento de los mismos.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder a aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: www.merida.gob.mx/avisodirecciones o escaneando el siguiente código QR:



AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **EXPEDIENTE CLINICO DEL ALUMNO (REHABILITACIÓN)** solicitado, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

NOMBRE Y FIRMA