



ALCALDÍA DE PANAMÁ
Gerencia Social
Subgerencia de Desarrollo Social
Departamento de Centros Parvularios

ALCALDÍA DE PANAMÁ

Teléfonos: 506-9621 / Fax:506-9619 – Correo Electrónico: dsocial@municipio-pma.gob.pa

FICHA DE DATOS PSICOLÓGICOS
(PRE – INSCRIPCIONES - CENTROS PARVULARIOS).

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL NIÑO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
 DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 CON QUIEN VIVE EL NIÑO/A: _____ DIRECCIÓN: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____
 ESTADO CIVIL: _____ EDUCACIÓN: _____
 LUGAR DE TRABAJO: _____
 CARGO: _____ TELÉFONO: _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____
 ESTADO CIVIL: _____ EDUCACIÓN: _____
 LUGAR DE TRABAJO: _____
 CARGO: _____ TELÉFONO: _____

II. ANTECEDENTES PERSONAL Y FAMILIARES:

ENFERMEDADES HEREDITARIAS

DIABETES	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
REL. AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
CANCER	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
ANEMÍAS	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
DESNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
OTROS	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y/O MENTALES

ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
ESTRÉS	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO
OTROS	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	OTRO

III HISTORIA PRENATAL:

A – EMBARAZO
 PROBLEMAS FÍSICOS:

ANEMIAS AMENAZA DE ABORTO TAQUICARDIAS

CAMBIOS DE PRESIÓN TIROIDES SARAMPIÓN

PROBLEMAS RENALES VARICELA TIROIDES

CAIDAS Y / O GOLPES OTROS: _____

PROBLEMAS EMOCIONALES:

INSOMNIO NERVIOSISMO DEPRESIÓN

ANGUSTIA DESMEDIDA RECHAZO

REACCIONES VIOLENTAS OTROS: _____

B - PARTO:

MESES DE GESTACIÓN: _____

TIPO DE PARTO: NORMAL CÉSAREA FÓRCEPS OTRO: _____

HUBO COMPLICACIÓN: SÍ _____ NO _____ ESPECIFIQUE: _____

PESO DEL NIÑO AL NACER: _____ (LIBRAS)

PRESENTO: ICTERÍA (AMARILLO) SI _____ NO _____

CORDÓN UMBILICAL EN EL CUELLO SI _____ NO _____

ASFIXIA (MORADO) SI _____ NO _____

CAMBIO DE SANGRE SI _____ NO _____

TRAGÓ LÍQUIDO AMNIÓTICO SI _____ NO _____

ESTUVO EL NIÑO EN ALTO RIESGO SI _____ NO _____

ESTUVO EN ESTIMULACIÓN PRECOZ SI _____ NO _____

IV - LACTANCIA:

TOMÓ PECHO _____ HASTA CUÁNDO _____ (MESES/AÑO)

TOMÓ MAMADERA _____ HASTA CUANDO _____ (MESES/AÑO)

V - SALUD:

ENFERMEDADES PADECIDAS (ESPECIFIQUE)

SARAMPIÓN VARICELA PAPERA ALERGIAS

ASMA DESDE: _____ HASTA: _____

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

HOSPITALIZACIONES: _____

ACCIDENTES: _____

TRATAMIENTOS ESPECIALES: _____

VI - DESARROLLO PSICOMOTOR:

SOSTUVO LA CABEZA _____ CUANDO (MESES) _____

SE SENTÓ _____ CUANDO (MESES) _____

GATEÓ _____ CUANDO (MESES) _____

CAMINÓ _____ CUANDO (MESES) _____

HABLÓ POR PRIMERA VEZ _____ CUANDO (MESES) _____

VII DESENVOLVIMIENTO DEL NIÑO/A EN EL AMBITO FAMILIAR:

A- RELACIÓN DEL NIÑO/A CON: MAMÁ _____ PAPÁ _____ ABUELO _____ HERMANOS _____

OTROS _____

B- DISCIPLINA DEL NIÑO/A: MÉTODO DISCIPLINARIO, CASTIGO _____ REGAÑO _____ GOLPE _____

OTROS _____

C- QUIEN DA LA DISCIPLINA? MAMÁ _____ PAPÁ _____ OTRO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR