



**CENDI-DIF**  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIEJN0004A



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

**I. DATOS GENERALES DEL NIÑO**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Sección**

Lactante \_\_\_\_\_ Maternal \_\_\_\_\_ Preescolar \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso  
 \_\_\_\_\_

**Antecedentes en la Atención del Menor**

¿Quién atiende al niño mientras ingresa al Centro de Desarrollo Integral (CENDI), y como es la relación del menor con esa persona?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**II. DATOS GENERALES DE LOS PADRES**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

Nombre del Padre  
 o Tutor: \_\_\_\_\_



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE-IN0004A



Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

Lugar en donde laboran:

MADRE	PADRE o TUTOR
Institución:	Institución:
Adscripción:	Adscripción:
Departamento:	Departamento:
Puesto:	Puesto:
Domicilio laboral:	Domicilio laboral:
Teléfono del Trabajo:	Teléfono del Trabajo:
Ext.	Ext.
Nombre del Jefe Inmediato:	Nombre del Jefe Inmediato:
Horario Laboral:	Horario Laboral:



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIEJN0004A



Expectativas de los Padres respecto al servicio del CENDI-DIF y que esperan durante el tiempo que se les brinde el servicio

---

---

---

---

**III. ESTRUCTURA FAMILIAR** (personas que integran la familia)

No.	Nombre	Edad	Parentesco	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Otras personas que viven con la familia.

No.	Nombre	Edad	Parentesco	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						





CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Metz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIE-IN0004A



### FAMILIOGRAMA

**V. BASES CULTURALES Y RECREATIVAS QUE SE PROMUEVEN EN LA FAMILIA**

---

---

---



**VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

Tipo de vivienda

Departamento      Propio       Rentado       De familiares     

Casa      Propia       Rentada       De familiares     

Otro: \_\_\_\_\_

Sala  Comedor  Recámara  Estudio

Cocina  Baño  Patio  Jardín

¿Les es grato el lugar donde viven?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Descripción del hogar, servicios, etc.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Descripción de la relación con los vecinos.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR**

**Ingresos familiares**

Concepto	Mes Anterior	Mes Actual	Año Anterior	
Padre				
Madre				
Otros				
Total				



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIEJN0004A



**Egresos familiares**

Concepto	Mes Anterior	Mes Actual	Año Anterior	
Vivienda-Renta				
Luz y Agua				
Alimentación				
Vestido				
Colegiaturas				
Transporte				
Combustible				
Servicio Doméstico				
Diversión				
Pasivos				
Otros				
Total				

¿Cómo y quién administra los ingresos?

---

---

OBSERVACIONES de las condiciones económicas de la familia.

---

---

---

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

---

---

---

---

---







CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIEJN0004A



## PSICOLOGIA

### 1. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

1.1. ¿Ha asistido a otra institución de carácter asistencial? SI ( ) NO ( )

1.2. Lugar: \_\_\_\_\_ Edad de Ingreso \_\_\_\_\_

1.3. Tiempo que asistió \_\_\_\_\_

1.4. Acontecimientos significativos durante su permanencia

---

---

1.5. ¿Cómo era su relación con las maestras y compañeros de grupo?

---

---

### 2. ANTECEDENTES PRENATALES

2.1. ¿Fue planeado el embarazo? SI ( ) NO ( )

2.2. Preferencia de los padres por el sexo del bebé: Por el padre Masculino ( ) Femenino ( )  
Por la Madre Masculino ( ) Femenino ( )

2.3. ¿Cuál fue la reacción de la pareja al enterarse?

---

---

---

2.4. Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de partos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

2.5. Duración del embarazo \_\_\_\_\_

2.6. Acontecimientos relevantes durante el embarazo:

---

---

---

### 3. ANTECEDENTES PERINATALES

3.1. Tipo de parto: Natural ( ) Cesárea ( )



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE-IN0004A



3.2. Causa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.3. ¿Cuáles emociones o impresiones sintió la madre durante el parto?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.4. Acontecimientos significativos (hospitalización, tratamientos, etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. NEONATALES

4.1. Primeras impresiones de los padres y hermanos al conocer al neonato:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2. Cambios con la dinámica familiar:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DESARROLLO DE HÁBITOS**

5. SUEÑO

5.1. El niño duerme Solo ( ) Acompañado en la misma cama ( )  
 ¿Con quién? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIEJN0004A



5.2. ¿Se pasa a media noche a la cama de los padres?

---



---



---

5.3. ¿Presenta alteraciones durante el sueño? (sonambulismo, terrores nocturnos, etc.)

---



---



---

5.4. Hábitos de sueño

---



---



---

6. CONTROL DE ESFÍNTER.

6.1. ¿Avisa cuando quiere ir al baño? Si ( ) No ( )

6.2. ¿A qué edad aprendió? \_\_\_\_\_ ¿Cómo lo entrenó? \_\_\_\_\_

---

6.3. ¿Cuánto tiempo duró el entrenamiento? \_\_\_\_\_

6.4. Existe control diurno: Si ( ) No ( )

6.5. ¿Se ha presentado algún problema? (enuresis, encopresis, etc.) \_\_\_\_\_

Desarrollo Psicosexual

6.6. ¿Qué ha preguntado acerca de la sexualidad?

---



---



---



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIE-IN0004A



6.7. ¿Qué le contestan sus padres?

---

---

---

6.8. ¿Qué piensan de la sexualidad infantil?

---

---

---

---

---

## 7. DESARROLLO PSICOMOTOR

### 7.1. LACTANTES

Sostén cefálico Si ( ) No ( ) ¿A qué edad lo hizo? \_\_\_\_\_

Sedestación Si ( ) No..( ) ¿A qué edad lo hizo? \_\_\_\_\_

Con apoyo Si ( ) No..( )

Reptación y/o gateo Si ( ) No..( ) ¿A qué edad lo hizo? \_\_\_\_\_

Bipedestación Si ( ) No..( ) ¿A qué edad lo hizo? \_\_\_\_\_

Marcha Si ( ) No..( ) ¿A qué edad lo hizo? \_\_\_\_\_

### 7.2. MATERNAL Y PREESCOLAR.

Corre \_\_\_\_\_ Sube y baja escaleras: \_\_\_\_\_ Con ayuda ( ) Solo ( )

Sube y baja escaleras alternando los pies Si ( ) No..( )

Camina hacia atrás Si ( ) No..( )

Se puede parar sobre un solo pie Si ( ) No..( )

Puede patear una pelota Si ( ) No..( )



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIE-IN0004A



7.2.1. Actividades físicas y juegos preferentes del niño:

---

---

---

---

---

## 8. LENGUAJE

### 8.1. LACTANTES

8.1.1. ¿En sus primeros meses emitía sonidos guturales? \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

8.1.2. ¿Pronuncia algunos monosílabos? \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

8.1.3. ¿De qué manera se comunica el niño con usted?

---

---

---

---

### 8.2. MATERNAL Y PREESCOLAR

8.2.1. ¿Habla consigo mismo? \_\_\_\_\_ ¿Se entiende lo que habla? \_\_\_\_\_

8.2.2. ¿Existe algún problema en relación al lenguaje receptivo o expresivo?

Especifique:

---

---

---

---



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE\_IN0004A



9. DINÁMICA FAMILIAR.

9.1. ¿Cómo es la convivencia entre los miembros de la familia?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9.2. Historia y dinámica de la pareja:

---

---

---

---

---

9.3. Descripción de su pareja:

Él:

---

---

---

---

---

Ella:

---

---

---

---

---

9.4. ¿Quién toma las decisiones normalmente?

---

---

---

---

---



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial 01ED10006C  
 Educación Preescolar 01EJN0004A



9.5. ¿Ha existido alguna separación entre los miembros de la familia? \_\_\_\_\_

9.6. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

9.7. ¿Cómo reaccionó el niño (a) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. DESARROLLO AFECTO-SOCIAL.

10.1. ¿Cómo reacciona el niño(a) cuando personas desconocidas para él se acercan?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10.2. ¿Cómo responde el niño cuando se le niega algo?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10.3. ¿Cómo reacciona la familia?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10.4. Describa a su hijo(a):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIEJN0004A



10.5. ¿Quién Corrige al niño(a)? \_\_\_\_\_

10.6. ¿Cómo lo hace?

---



---



---

10.7. ¿Cómo se relaciona con otros niños?

---



---



---

10.8. Presenta algunas de las siguientes conductas: chuparse el dedo, morderse las uñas, orinarse en la cama, etc.

Comentarios:

---



---



---



---

11. SIGNOS DE ALARMA

11.1. ¿A presentado algún episodio de espasmo de sollozo? Si ( ) No ( )

11.2. ¿Se priva de llorar o se pone morado: \_\_\_\_\_, ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

11.3. ¿Cuál es la actitud de la familia?

---



---



---

12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

---



---



---



---





CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE\_IN0004A



HISTORIA CLINICA PEDIÁTRICA

I. ANTECEDENTES PERINATOLÓGICOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

II. ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

III. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE-IN0004A



IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

V. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

Biológico	Primera	Segunda	Tercera	Revac.	Revac.	Revac.	Biológico	Fecha
Pentavalente							Triple Viral	
Anti poliomielítica							Sarampión	
D:P:T							B.C.G.	
Hepatitis "A"								
Varicela								
Otras								

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales:

Pulso	Respiración	T./A.	Temperatura

INSPECCIÓN GENERAL.

---

---

---

---

---

---

---

---



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Metz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIE-IN0004A



CABEZA Y CUELLO.

---

---

---

---

---

---

---

---

TÓRAX.

---

---

---

---

---

---

---

---

ABDOMEN.

---

---

---

---

---

---

---

---

GENITALES.

---

---

---

---

---

---

---

---



CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIEJN0004A



MUSCULO ESQUELÉTICO.

---

---

---

---

---

---

---

---

PIEL Y ANEXOS Y SISTEMA GANGLIONAR.

---

---

---

---

---

---

---

---

SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDO.

---

---

---

---

---

---

---

---

EVALUACIÓN GENERAL.- OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---



CENDI-DIF  
 "Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
 Claves: Educación Inicial OIED10006C  
 Educación Preescolar OIE-IN0004A



PROGRAMA DE MANEJO.

---

---

---

---

---

---

---

---

FECHA.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_

### ENTREVISTA NUTRICIONAL

1. DATOS DEL MENOR

Peso al nacer: \_\_\_\_\_  
 Talla al nacer: \_\_\_\_\_  
 Peso Actual: \_\_\_\_\_  
 Talla Actual: \_\_\_\_\_

Alergias o intolerancia alimentarias: \_\_\_\_\_

Alteraciones en el peso:

Hipotrofia       Eutrófico       Hipertrofico

Otros padecimientos:

---

---

---

---





CENDI-DIF  
"Ma. del Rosario Luévano Mtz."  
Claves: Educación Inicial OIED10006C  
Educación Preescolar OIE-IN0004A



4. Hábitos alimentarios

¿A qué edad se incorpora a la dieta familiar: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la ministración de alimentos y preparación: \_\_\_\_\_

¿Toma agua natural? Si ( ) No ( ) Con que frecuencia \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Utiliza vaso entrenador Si ( ) No ( )

Utiliza cubiertos Si ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Elabora

\_\_\_\_\_  
Nutrióloga y/o Dietista  
Nombre y firma