

## CUESTIONARIO INICIAL

### SEGUNDO CICLO

### EDUCACIÓN INFANTIL

Fecha .....

### DATOS PERSONALES Y FAMILIARES DEL NIÑO/A

NOMBRE Y APELLIDOS .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... LUGAR .....

DOMICILIO FAMILIAR.....

TELÉFONO(S) DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA :

.....

FAMILIAR	Nombre	Año nacimiento y lugar	Estudios	Profesión	Trabajo Lugar/horario
<b>Padre</b>					
<b>Madre</b>					
<b>Hermano/a</b>					
<b>Hermano/a</b>					

Otros familiares que conviven en casa.....

¿Ha asistido a guardería? .....¿A cual?.....¿Desde qué edad?.....

Tiempo de permanencia en la guardería .....

Responsable en ausencia de los padres .....

# EVOLUCIÓN DEL NIÑO/A

**Embarazo:** Normal ..... Con dificultades ..... ¿Cuales?.....

**Parto:** Normal..... Con dificultades ..... ¿Cuales?.....

Pruebas y exámenes médicos : Normal: .....Observaciones:.....

**Enfermedades:**

- Propias de la edad .....
- Crónicas .....
- Alergias .....
- Otras .....

**Operaciones:**.....

**Accidentes:**.....

¿Toma medicación continua? .....

Trastornos o dificultades:

- Visión .....
- Audición .....
- Lenguaje .....
- Motriz .....
- Otros.....

¿Acude a algún centro de estimulación o rehabilitación?.....

¿Cuál?.....

¿Qué tipo de estimulación recibe?.....

¿Cuántas sesiones a la semana?.....

Fecha de inicio del tratamiento.....

Edad a la que comenzó a caminar ..... ¿Gateó? .....

Edad a la que comenzó a hablar:

- Primeras palabras .....
- Lenguaje fluido .....
- Dificultades actuales .....

Se le entiende cuando habla: SI ..... NO ..... A VECES .....

**OTRAS OBSERVACIONES:**

## HÁBITOS

**Control de esfínteres:** Diurno ..... Nocturno .....  
Edad que comenzó a controlar esfínteres: Diurno ..... Nocturno .....

**¿Utiliza el chupete?** .....  
¿En qué momentos del día? .....

**Sueño:** - ¿Cuántas horas duerme?.....  
- ¿Duerme bien?.....

### Alimentación:

- ¿Utiliza biberón? .....
- ¿Come solo /a?..... - ¿Come la comida sólida o triturada? .....
- ¿Come todo tipo de alimentos? .....
- ¿Suele terminar lo que se le da? .....
- ¿Rechaza algún alimento?..... ¿Cuáles? .....

### Autonomía para realizar diferentes acciones:

- Se viste solo /a .....
- Se lava solo /a (manos, cara).....
- Va solo al servicio .....
- Ordena sus cosas.....
- Se desviste solo /a .....
- Se limpia solo /a .....
- Colabora con gusto en alguna tarea doméstica apropiada para su edad si se le pide .....  
¿Cuáles?.....
- Tiene seguridad al desplazarse (caminar, correr, subir y bajar escaleras) o necesita ayuda del adulto: .....
- Utiliza todavía la sillita .....

### Alergias e intolerancias:

- Alimentarias: .....
- Médicas: .....

## CONDUCTA

### Juego :

#### Prefiere los juegos:

- tranquilos .....
- movimiento .....

#### Juega:

- solo /a ..... – acompañado /a .....
- con niños /as ..... - con adultos .....

#### Juega con:

- Juguetes ..... ¿Cuáles? .....
- Objetos ..... ¿Cuáles? .....
- Pantallas ..... ¿Cuánto tiempo?.....
- Cuentos o libros .....
- Otros .....

Su lugar preferido para jugar es .....

Recoge los objetos y juguetes que ha utilizado para jugar .....

¿Juega al aire libre? ..... ¿Dónde? .....¿Cuándo?.....

**Relaciones afectivo-sociales :**

Establece fácilmente relaciones con otras personas .....

Prefiere : niños /as .....Adultos .....

Rechaza a personas ..... ¿A quién?.....

Demuestra claramente sus afectos .....

¿Tiene rabietas frecuentes?..... ¿En qué momentos? .....

¿Tiene celos? ..... ¿A quién? .....¿Desde cuándo?.....

¿Tiene miedos? ..... ¿A quién?.....

**Señalar cuales de estos rasgos definen mejor a vuestro /a hijo /a:  
(Marcar con una cruz)**

Nervioso ..... Tranquilo .....

Tímido ..... Sociable .....

Obediente ..... Desobediente .....

Rápido ..... Lento .....

Dependiente ..... Desenvuelto .....

Atento ..... Distraído .....

Impulsivo ..... Dócil .....

Caprichoso ..... SI .....NO

Terco ..... SI .....NO

**¿Qué aspectos de la educación de vuestros hijos os preocupan más?**

**OTRAS OBSERVACIONES:**

Persona(s) que rellenan el cuestionario .....