

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
Padre					
Madre					
Hermano/a					
Hermano/a					

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 /asAdultos

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 SINO

Terco SINO

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

OTRAS OBSERVACIONES:

Persona(s) que rellenan el cuestionario