

## CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL.

### 1. DATOS PERSONALES.

Apellidos: ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento: .....

Dirección: .....

Teléfonos: .....

Teléfonos en caso de urgencia: .....

### 2. DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre: .....

Estudios y profesión: .....

Edad: ..... Lugar de nacimiento: .....

Nombre de la madre: .....

Estudios y profesión: .....

Edad: ..... Lugar de nacimiento: .....

Número de hermanos: ..... Lugar que ocupa: .....

¿Están escolarizados en este centro?      SI      NO

¿Mantiene una buena relación con sus hermanos? .....

¿Vive el niño con su padre y con su madre?      SI      NO

En caso negativo ¿con quién vive? .....

Otros parientes que viven en la casa .....

¿Existe alguna situación familiar que haya afectado o afecte actualmente a su hijo/a?

SI      NO      En caso afirmativo ¿cuál? .....

¿Dispone de tiempo para colaborar en el proceso educativo de su hijo: salidas, talleres...?

SI      NO

### 3. ESCOLARIZACIÓN PREVIA.

¿Ha estado escolarizado anteriormente? SI NO

¿En qué Escuela Infantil? .....

¿Desde qué edad? .....

En caso negativo, ¿quién se ha encargado de su cuidado? .....

¿Está ilusionado con venir al cole? .....

¿Cuáles son los motivos? .....

### 4. ESTADO DE SALUD.

Estado de salud en general: .....

¿Ha sido operado alguna vez? SI NO ¿De qué? .....

¿Tiene problemas de oído o problemas en los ojos? .....

¿Tiene dificultades de movimiento? ..... ¿Cuáles? .....

¿Ha tenido enfermedades importantes? SI NO ¿Cuáles? .....

Vacunaciones: .....

¿Existieron problemas durante el embarazo y/o parto? SI NO

¿Es alérgico? SI NO Especificar:.....

### 5. HÁBITOS DE DESCANSO Y ALIMENTACIÓN:

Horas que duerme durante la noche:..... Se acuesta a las.....

¿Se duerme con facilidad?.....

¿Tiene un sueño tranquilo?.....

¿Necesita dormir con la luz encendida?.....

¿Duerme con algún juguete? SI NO ¿Con cuál?.....

¿Duerme siesta? SI NO ¿Cuántas horas?.....

¿Come sólo? SI NO

¿Con qué tipo de comida presenta dificultad?.....

## 6. CONTROL DE ESFÍNTERES.

¿Cuánto tiempo hace que dejó de usar pañal durante el día? .....

¿Usa pañal durante la noche? SI NO

En caso negativo ¿A qué edad dejó de utilizarlo durante la noche?.....

¿Va sólo al baño?.....

## 7. SOCIABILIDAD Y ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE.

Señala con una cruz las actividades que realiza normalmente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juega con otros niños.                  | <input type="checkbox"/> Juega solo.   |
| <input type="checkbox"/> Juega con los padres.                   | <input type="checkbox"/> Mira cuentos. |
| <input type="checkbox"/> Juega con otros niños en la calle       | <input type="checkbox"/> Modela.       |
| <input type="checkbox"/> Juega en casa de otros niños.           | <input type="checkbox"/> Pinta.        |
| <input type="checkbox"/> Hace otras cosas. <i>¿Cuáles?</i> ..... |  |

¿Prefiere juegos movidos o tranquilos?.....

¿Cuáles son sus juegos o juguetes preferidos?.....

¿Tiene muchos amigos?.....

¿Prefiere jugar con los niños, con niñas o por igual con ambos?.....

¿Le gusta ver la tele? SI NO ¿Cuántas horas la ve al día? .....

Los fines de semana y vacaciones:

¿Los pasa con los padres? SI NO

¿Hace excursiones o viajes? SI NO

¿Dónde ha ido últimamente? .....

¿Asiste a espectáculos?.....

En el caso de que los padres trabajen, ¿quién se encarga de su cuidado?.....

.....

## 8. LENGUAJE.

¿A qué edad empezó a hablar?.....

¿Tiene dificultades en su pronunciación?..... ¿cuáles?.....

¿Tartamudea? SI NO

¿Es un niño/a hablador o callado?.....

## 9. PERSONALIDAD.

¿Tiene rabietas frecuentes? SI NO ¿Cuál suele ser el motivo?.....

.....

¿Tiene o ha tenido manías?..... ¿Cuáles?.....

¿Tiene celos? SI NO ¿De quién?.....

Subraye las palabras que indiquen cómo es su hijo:

Nervioso -Tranquilo

Tímido - extrovertido

Egoísta - desprendido

Perezoso - activo.

Distraído - atento.

Dependiente - independiente

Obediente - desobediente

Violento - pacífico

responsable - irresponsable

Lento - rápido

Triste - alegre

## 10. OBSERVACIONES:

Si hay algún dato que ustedes consideren de interés y no esté señalado anteriormente, o desea insistir en él, indíquelo a continuación:

.....

.....

.....

**Muchas gracias por su colaboración.**

Tres Cantos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_