

CUESTIONARIO INICIAL PARA FAMILIAS

(Por favor, completar los datos con MAYÚSCULAS y cuando sea necesario con una X)



1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

| | | | |
|----------------------|--|----------------|--|
| APELLIDOS: | | NOMBRE: | |
| LUGAR DE NACIMIENTO: | | PROVINCIA: | |
| FECHA NACIMIENTO: | | NACIONALIDAD: | |
| DOMICILIO: | | Código Postal: | |

2. DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO/A

| | | | |
|---|----------------------|--|------------------|
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR | | EDAD | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | PAÍS | TELÉFONO |
| ESTUDIOS | | PROFESIÓN | |
| NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA | | EDAD | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | PAÍS | TELÉFONO |
| ESTUDIOS | | PROFESIÓN | |
| Nº DE HIJOS | | LUGAR QUE OCUPA EL ALUMNO/A ENTRE LOS HERMANOS | |
| NOMBRE HERMANO 1 | | EDAD | |
| NOMBRE HERMANO 2 | | EDAD | |
| NOMBRE HERMANO 3 | | EDAD | |
| ESTADO DE LOS PADRES | CASADOS/PAREJA HECHO | | SEPARADOS |
| ¿VIVE EL NIÑO CON SUS PADRES/TUTORES? | | | |
| EN CASO NEGATIVO, ¿CON QUIÉN VIVE? | | | |
| OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL DOMICILIO: | | | |
| EL NIÑO PASA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO CON... | MADRE | | ABUELOS |
| | PADRE | | OTROS FAMILIARES |
| | AMBOS | | |

3. ESCOLARIZACIÓN PREVIA DEL ALUMNO/A

| | | | |
|---|--|----------|----------|
| ¿HA ACUDIDO A ESCUELA INFANTIL DE PRIMER CILO? | | ¿CUÁNDO? | ¿A CUÁL? |
| ¿ASISTÍA REGULARMENTE? | | | |
| ¿HA SIDO ATENDIDO/A Y/O VALORADO/A POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA DE EDUCACIÓN? | | SÍ | |
| | | NO | |
| ¿ASISTÍA A ACTIVIDADES FUERA DE LA GUARDERÍA? | | | ¿CUÁLES? |

4. ENSEÑANZAS DE RELIGIÓN (marcar la opción elegida por la familia)

| | |
|-------------------|---------------------------|
| RELIGIÓN CATÓLICA | ALTERNATIVA A LA RELIGIÓN |
|-------------------|---------------------------|

5. SALUD

| | | |
|--|--------------|-----------------------|
| ¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y/O PARTO? | ¿CUÁL? | |
| PESO AL NACER: | ¿INCUBADORA? | ¿CUÁNTO TIEMPO? |
| ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD? | | |
| ¿TIENE ACTUALMENTE PROBLEMAS DE ALGÚN TIPO? | AUDITIVOS | VISUALES |
| | MOTORES | RESPIRATORIOS |
| | ALÉRGICOS | DIGESTIVOS |
| | PRÓTESIS | CONVULSIONES/DESMAYOS |
| | OTROS | ¿CUÁLES? |
| ¿UTILIZA? | GAFAS | PARCHE |
| | PLANTILLAS | AUDÍFONOS |
| ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES A DESTACAR... | | |
| ¿HA RECIBIDO ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL HOSPITAL ? | | ¿CUÁNDO? |
| ¿HA SIDO DERIVADO/A O ATENDIDO/A EN LA UDIAT? | | |
| ¿RECIBE TRATAMIENTO DE ATENCIÓN TEMPRANA? | | ¿DÓNDE? |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------|-----------|-----------|--|
| 6. MOTRICIDAD | | | | | | | | | |
| ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A GATEAR? | | | | ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A ANDAR SIN AYUDA? | | | | | |
| ¿SE CAE CON FRECUENCIA? | | | ¿SUBE Y BAJA ESCALERAS? | | | SIN AYUDA | | CON AYUDA | |
| 7. ASEO/VESTIDO | | | | | | | | | |
| SE LAVA Y SE SECA SOLO LAS MANOS | | | | | PIDE PIS Y CACA DURANTE EL DÍA | | | | |
| SE LIMPIA SOLO EN EL BAÑO | | | LE PONEN PAÑAL | | ¿CUÁNDO? | | | | |
| SE PONE Y SE QUITA PRENDAS SOLO | | | | ¿CUÁLES? | | | | | |
| 8. ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| SE NIEGA A COMER | | | PIERDE TIEMPO DURANTE LA COMIDA | | | | | | |
| TRAGA SIN MASTICAR | | | COME SOLO | | | | | | |
| TOMA LAS COMIDAS EN PURÉS | | | | TOMA FRUTA | | | | | |
| TOMA LECHE EN BIBERÓN | | | | ¿USA ALGÚN CUBIERTO? | | | ¿CUÁL? | | |
| 9. SUEÑO | | | | | | | | | |
| SU SUEÑO ES... | | TRANQUILO | | | TIENE PESADILLAS | | | | |
| TIENE HABITACIÓN... | | INDIVIDUAL | | | LA COMPARTE CON... | | | | |
| ACEPTA ACOSTARSE CUANDO SE LE SUGIERE | | | | | SE DUERME CON FACILIDAD | | | | |
| DUERME SIESTA | | USA CHUPETE | | ¿CUÁNTAS HORAS DUERME? | | | | | |
| 10. ORDEN | | | | | | | | | |
| ¿SUELE RECOGER SUS JUGUETES? | | | | | | | | | |
| 11. LENGUAJE | | | | | | | | | |
| ¿QUÉ LENGUA HABLAN EN CASA? | | | | ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A HABLAR? | | | | | |
| ¿DIFICULTADES DE PRONUNCIACIÓN? | | | | ¿DIFICULTADES PARA HACERSE ENTENDER? | | | | | |
| TARTAMUDEA | | MUCHO | | POCO | | SÓLO CUANDO ESTÁ NERVIOSO | | | |
| ES MUY... | | HABLADOR | | | | CALLADO | | | |
| SE APOYA MUCHO EN EL LENGUAJE GESTUAL | | | | | LE GUSTA QUE LE CUENTEN CUENTOS | | | | |
| 12. PERSONALIDAD | | | | | | | | | |
| EN CASA ES... | | | MUY MOVIDO | | | | TRANQUILO | | |
| | | | TÍMIDO | | | | AGRESIVO | | |
| | | | LE GUSTA LLAMAR LA ATENCIÓN | | | | | | |
| SE MUERDE LAS UÑAS | | | | SE CHUPA LOS DEDOS | | | | | |
| PREFIERE JUEGOS DE ACCIÓN | | | PREFIERE JUEGOS TRANQUILOS Y MODERADOS | | | | | | |
| TIENE RABIETAS FRECUENTES | | | | LLORA CON FACILIDAD | | | | | |
| ¿TIENE CELOS? | | ¿DE QUIÉN? | | | | | | | |
| SE REFUGIA EN ADULTOS ANTE CUALQUIER CONTRARIEDAD | | | | | | | | | |
| 13. SOCIABILIDAD | | | | | | | | | |
| ¿ES ESPONTÁNEO ANTE DESCONOCIDOS? | | | | ¿TIENE MUCHOS AMIGOS Y AMIGAS? | | | | | |
| ¿ESTABLECE CONTACTOS FÁCILMENTE? | | | | ¿INTERCAMBIA JUGUETES CON SUS AMIGOS/AS? | | | | | |
| SE RELACIONA CON NIÑOS/AS... | | | DE SU EDAD | | MÁS PEQUEÑOS | | MAYORES | | |
| 14. TIEMPO LIBRE | | | | | | | | | |
| JUEGA CON PLASTILINA | | | | ¿JUEGA CON OTROS NIÑOS/AS? | | | | | |
| JUEGA CON SUS HERMANOS/AS | | | JUEGA SOLO | | HACE CONSTRUCCIONES | | | | |
| HACE PUZZLES | | OBSERVA LIBROS Y DIBUJA | | | TV, TABLET, MÓVIL | | ¿CUÁNTO? | | |
| SUS JUEGOS FAVORITOS SON... | | | | | | | | | |