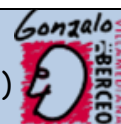


CUESTIONARIO INICIAL PARA FAMILIAS

(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 ESTADO ESCOLARIZADO?		Nombre del centro	Localidad
¿ACUDIÓ A GUARDERÍA?			
¿ASISTÍA REGULARMENTE?			
¿HA SIDO ATENDIDO/A Y/O VALORADO/A POR EL EQUIPO DE ORIENTACIÓN O ATENCIÓN TEMPRANA DE EDUCACIÓN?		SÍ	
		NO	
¿ASISTÍA A ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES?		¿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?		¿CUÁL?
¿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? (UDIAT-Gabinete externo)		¿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 COMPARTO 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...			
15. COMENTARIOS INDICA CUALQUIER INFORMACIÓN DE INTERÉS			