

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Nombre:	Apellidos:
Fecha nacimiento:	Edad: años meses
Domicilio:	Localidad:
Teléfono:	Curso:

DATOS FAMILIARES

Nombre del **padre**: _____ Edad: ____ Profesión: _____

Móvil: _____ Trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____

Nombre de la **madre**: _____ Edad: ____ Profesión: _____

Móvil: _____ Trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____

Número de **hermanos**: ____ Edades: _____ Lugar que ocupa: _____

Responsable en ausencia de los padres:

Nombre y parentesco: _____

Teléfono: _____

Otras personas que convivan con el niño: _____

Situación familiar: Casado/a Separado/a Divorciado/a

Pareja de hecho

Otro: _____

DATOS ESCOLARES

Año de escolarización ____/ ____/ _____

¿Recibe soporte fuera de la escuela? Sí No

¿Qué expectativas tenéis sobre la evolución de vuestro hijo/a en el presente curso?

¿Qué pensáis que podemos aportar a vuestro hijo/a desde el Centro?

PERINATALIDAD

Embarazo:

- Dificultades para concebir:
- Aceptación:
- Situación familiar durante el embarazo:
- ¿Cómo se desarrolló el embarazo?
 - Normal
 - Con complicaciones

Parto:

¿Cómo fue el parto?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Espontáneo | <input type="checkbox"/> Inducido |
| <input type="checkbox"/> Hospitalario | <input type="checkbox"/> Domiciliario. Motivo: _____ |

Edad gestacional:

- Normal (38-42 semanas)
- Prematuro (antes de 38 semanas)
- Postmaduro (después de 42 semanas)

Peso al nacer:

- Normal (3-3,5 kg) _____
- Bajo peso para la edad gestacional (<2,5 kg) _____
- Peso elevado para la edad gestacional _____
- Macrosoma (> 4kg)

PERIODO POSTNATAL

Comportamiento del bebé durante el primer mes de vida, como era:

- Sueño: _____
- Llanto: _____
- Alimentación: _____
- Reacciones del bebé ante estímulos y personas: _____

Situación familiar:

Aceptación de la madre de la situación de maternidad:

- Buena Regular Postdepresión

HISTORIAL MÉDICO

¿Qué enfermedades ha tenido el niño?

- Del oído. Última revisión _____
- De la vista. Última revisión _____
- Cerebrales
- Asma
- Accidentes
- Otras (sarampión, varicela, paperas, etc... _____)

¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuánto tiempo? _____

- Sí No

¿Con qué frecuencia se pone enfermo?

- 0-3 veces al año
- 4-5 veces al año
- Más de 6-9 veces al año

¿Ha tenido alguna enfermedad grave? _____

¿Toma algún tipo de medicamento de forma habitual?

- Sí _____ No

Observaciones:

SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 5 horas | <input type="checkbox"/> 7 horas | <input type="checkbox"/> 9 horas |
| <input type="checkbox"/> 6 horas | <input type="checkbox"/> 8 horas | <input type="checkbox"/> más de 9 hora |

¿A qué hora se acuesta a diario? _____

¿Cuántas horas duerme durante el día? _____

¿Duerme solo? (si la respuesta es no, indicar con quién)

- Sí No _____

¿Necesita algún objeto para dormir? _____

¿Cómo concilia el sueño?

Se duerme con facilidad o le cuesta coger el sueño

¿Tiene algún ritual a la hora de acostarse? _____

¿Tiene algún miedo? Sí No

¿De qué? _____

¿Cómo se despierta?

Alegre Irascible
 Enfadado otros: _____

Observaciones:

ALIMENTACIÓN

¿Cuál fue su alimentación de bebe?

Leche materna / biberón durante _____
 Tomó papillas durante _____
 Dificultades en el destete _____

¿Cuántas comidas hace al día?

3 (desayuno, comida y cena)
 4 (desayuno, comida, merienda y cena)
 5 (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena)

Horarios:

Desayuno: _____ Comida: _____ Merienda: _____ Cena: _____

¿Come solo? Sí No

¿Quién le da de comer? _____

¿Qué tipo de alimentos que toma? _____

¿Rechaza algún alimento? Sí No. ¿Cuál? _____

¿Tiene alergia a algún tipo de alimento? Sí No. ¿Cuál? _____

¿Utiliza de forma adecuada los cubiertos?

Cuchara Tenedor Cuchillo Servilleta

¿Qué actitud presenta ante la comida? _____

¿Se provoca el vómito de forma voluntaria si la comida no le gusta? _____

Observaciones:

DATOS EVOLUTIVOS

DESARROLLO MOTRIZ

¿A qué edad empezó a reptar? _____

¿A qué edad empezó a gatear? _____

¿A qué edad comenzó a andar?

- Antes del año
 Entre el año y año y medio
 Después del año y medio

¿Presenta algún tipo de problema en la marcha? Sí _____ No

¿Corre de forma segura? Sí No

¿Salta y mantiene el equilibrio en distintas situaciones? Sí No

¿Tiene dificultades de movimiento? Sí _____ No

¿Utiliza la bici o el triciclo de forma habitual? Sí No

¿Qué actitud presenta ante las actividades que implican movimiento, (saltar, arrastrarse, mantener el equilibrio, etc.)? _____

Observaciones:

HÁBITOS DE AUTONOMÍA

¿Va a dormir solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____

¿Se despierta solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____

- ¿Se viste solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____
- ¿Se desnuda solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____
- ¿Se ducha solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____
- ¿Se lava la cabeza solo? Sí No ¿Desde cuándo? _____

- ¿Tiene cuidado de su higiene personal? Sí No ¿Desde cuándo? _____
- ¿Es necesario recordarle que se lave los dientes? Sí No
- ¿Cuáles son sus responsabilidades domésticas? _____

Observaciones:

CONTROL DE ESFÍNTERES

- ¿Controla las deposiciones durante el día? Sí No
- ¿Y durante la noche? Sí No
- ¿Controla el pipí durante el día? Sí No
- ¿Y durante la noche? Sí No
- ¿Controla el pipí y las deposiciones en la siesta? Sí No
- ¿En qué momentos del día va al cuarto de baño? _____
- ¿Presenta algún problema al realizar éstos hábitos? Sí ¿Cuál? _____
- No

Observaciones:

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

Empezó a hablar:

Primeros sonidos con _____ meses / años

Primeras palabras con _____ años

Primeras frases con _____ años

- ¿Algunos sonidos no los podía pronunciar? Sí _____ No
- ¿Gesticula para pedir las cosas? Sí No
- ¿Habla claro? Sí No
- ¿Puede expresar sus vivencias? Sí No

- ¿Comunica como se siente? Sí No
- ¿Presenta algún problema de comunicación? Sí _____ No
- ¿Cuándo se equivoca al hablar es corregido? Sí _____ No

- ¿Cómo es su pronunciación? Buena Regular Mala
- ¿Cómo es su vocabulario? Rico Regular Pobre

¿Cuándo empezó a estar atento a las conversaciones? _____

- ¿Se le habla con un lenguaje adulto o se utiliza sus mismas expresiones?

¿Sobre qué temas habla en casa de forma habitual? _____

Lenguaje actual

- Articulación: _____ Expresión: _____
- Comprensión: _____ Alteraciones: _____
- Idioma familiar: _____

Observaciones:

PROBLEMAS CONDUCTUALES

¿Cómo es su comportamiento?

- Se muestra agresivo Le gusta romper cosas
- Se muestra independiente Comportamiento asocial
- Tiene arrebatos Oposicionista, desafiante
- Otros: _____

¿Se premia su conducta cuando lo merece? _____

¿Se le suele castigar o sancionar una conducta cuando se lo merece? ¿Cómo?

¿Tiene rabietas y se pelea con sus iguales si no logra lo que se propone? Sí No

Observaciones:

JUEGO

¿Le gusta jugar? Sí. ¿A qué juega? _____
 No

¿Le gusta jugar solo? Sí No

¿Necesita del adulto para jugar? Sí No

¿Con quién juega de forma habitual? _____

INTERACCIÓN SOCIAL E INTERESES GENERALES

En las relaciones con los demás se muestra...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultades | <input type="checkbox"/> Es vergonzoso |
| <input type="checkbox"/> Es líder | <input type="checkbox"/> Hay personas con las que no habla |
| <input type="checkbox"/> Respeta las normas del juego | <input type="checkbox"/> Gana fácilmente amigos |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Al niño/a le gusta...

- Estar solo
- Estar con niños de su edad
- Estar con niños más grandes que él
- Estar con niños más pequeños que él
- Otros: _____

¿Se muestra dependiente del adulto? Sí No

¿Se separa normalmente de sus padres sin dificultad? Sí No

¿Presta sus cosas cuando se las piden? Sí No

¿Está en contacto con otros niños? Sí No

¿Cómo se relaciona con ellos? Bien Regular Mal

¿Qué actividades suele hacer los fines de semana? _____

¿Qué hace en casa? _____

¿Qué le gusta hacer? _____

RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

¿Con qué se entretiene normalmente? _____

¿Se le proporcionan distintos tipos de objetos y juguetes? Sí No

¿Recoge los juguetes una vez terminado el juego? Sí No

¿Le gusta ver la televisión? Sí No

¿Cuánto tiempo ve la tele diariamente? _____

¿Qué tipo de programas suele ver? _____

Observaciones:

PERSONALIDAD Y CARÁCTER

Califique a su hijo en la siguiente escala:

	1	2	3	4	5	
Alegre						Triste
Tranquilo						Inquieto
Infantil						Adulto
Obediente						Desobediente
Pacífico						Agresivo
Cariñoso						Arisco
Sociable						Solitario
Sincero						Mentiroso
Ordenado						Desordenado
Trabajador						Perezoso
Temerario						Miedoso
Participativo						Tímido
Disciplinado						Indisciplinado
Líder						Discreto
Hablador						Silencioso
Lleva la iniciativa						Prefiere observar
Se adapta						Mandón
Creativo/imaginativo						Sigue las reglas
Acepta normas						Transgresor

¿Qué aspectos, positivos y negativos, destacaría de su hijo?

En Madrid a _____ de _____ de 2016

Firmado:

(padre/ madre/ tutor legal)