

### DATOS PERSONALES

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Ha repetido algún curso?                      Sí                       No                       ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Recibe atención del EOEP?                      Sí                       No

¿Tiene dictamen del EOEP?                      Sí                       No

¿Recibe soporte fuera de la escuela?                      Sí                       No

Otros centros escolares anteriores: \_\_\_\_\_

Motivo del cambio: \_\_\_\_\_

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de COLEGIO ESTUDIANTES LAS TABLAS SL con CIF nº B85994150 y domicilio social sito en FROMISTA 1 28050, MADRID, con la finalidad de impartir la formación en la que usted se ha matriculado. En cumplimiento con la normativa vigente, COLEGIO ESTUDIANTES LAS TABLAS SL informa que los datos serán conservados durante 5 años. A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de COLEGIO ESTUDIANTES LAS TABLAS SL, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.celt@colegioestudianteslastablas.edu.es. COLEGIO ESTUDIANTES LAS TABLAS SL informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que COLEGIO ESTUDIANTES LAS TABLAS SL se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de Datos de Carácter Personal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o bien a través de correo electrónico info@colegioestudianteslastablas.edu.es. En este sentido, el ALUMNO dispondrá del derecho a revocar el consentimiento prestado mediante la presente cláusula. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

¿Con qué frecuencia asiste a la escuela?

- Normalmente siempre
- Llegada tarde con frecuencia. ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- A veces hace novillos
- Falta a menudo por otras causas. ¿Cuáles?

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

¿Qué pensáis qué 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?

- Espontáneo
- Inducido
- Hospitalario
- Domiciliario. Motivo: \_\_\_\_\_

Edad gestacional:

- Normal (38-42 semanas)
- Prematuro (antes de 38 semanas)
- Postmaturo (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?

5 horas

7 horas

9 horas

6 horas

8 horas

más de 9 horas

¿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 bicicleta 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? \_\_\_\_\_

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 cómo 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

Opositorista, 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/ 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 extraescolares hace? \_\_\_\_\_



¿Qué actividades suele hacer los fines de semana? \_\_\_\_\_

¿Qué hace en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué le gusta hacer? \_\_\_\_\_

## RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

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

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

¿Le gusta ver libros y leer?  Sí  No

¿Le gusta escuchar música?  Sí  No

¿Le gusta ver la televisión?  Sí  No

¿Con qué se entretiene normalmente? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ve la tele diariamente? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de programas suele ver? \_\_\_\_\_

¿Le gusta jugar al ordenador?  Sí  No

¿A qué juega? \_\_\_\_\_

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?

---

---

## HÁBITOS DE ESTUDIO

Habitación para él/ella       Habitación compartida con \_\_\_\_\_

¿Tiene a su disposición algún lugar en el que pueda llevar a cabo actividades relacionadas con el aprendizaje (pintar, dibujar, colorear, leer, etc.) sin que se le moleste? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha dedicado al día al estudio hasta ahora? \_\_\_\_\_

¿Utiliza alguna técnica de estudio?  Sí (esquemas, mapas mentales, resumen...)  
 No

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**Firma padre:**

**Firma madre:**