

**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)
- Postmaturo (después de 42 semanas)

Peso al nacer:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Normal (3-3,5 kg) _____                         |
|                          | Bajo peso para la edad <input type="checkbox"/> |
|                          | gestacional (<2,5 kg) <input type="checkbox"/>  |
|                          | _____   |
|                          | _____   |
|                          | 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
- Accidente
- s

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 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

Observaciones:

- ¿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.)? \_\_\_\_\_
- 
- 

## 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 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: \_\_\_\_\_
- Idioma familiar: \_\_\_\_\_
- Alteraciones: \_\_\_\_\_

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

Responsable:  
 Colegio Estudiantes S.L.  
 CIF: B85994150  
 Dirección postal: Calle Frómista, 1, Las Tablas. 28050-Madrid.  
 Delegado de Protección de Datos: dpd@colegioestudiantes.edu.es  
 Finalidad: Ejecución de la labor propia como centro de enseñanza, mantenimiento de la relación con nuestros proveedores, cumplimiento de la relación laboral o contractual y procesos de selección.  
 Legitimación: Ejecución de un contrato o cumplimiento de una obligación legal.  
 Destinatario: No se cederán datos a terceros salvo los supuestos previstos en la ley.  
 Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.  
 Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.colegioestudiantes.es.

Observaciones:

### JUEGO

- ¿Le gusta jugar solo?      Sí      No  
 ¿Necesita del adulto para jugar?      Sí      No        
 ¿Le gusta jugar?      Sí. ¿A qué juega?

\_\_\_\_\_

No

¿Con quién juega de forma habitual? \_\_\_\_\_

### INTERACCIÓN SOCIAL E INTERESES GENERALES

En las relaciones con los demás se muestra...

- Tiene dificultades       Es vergonzoso  
 Es líder       Hay personas con las que no habla  
 Respeta las normas del juego       Gana fácilmente amigos  
 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 \_\_\_\_\_.

Firma padre/tutor legal:

Firma madre/tutor legal:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_