

CUESTIONARIO INICIAL

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos.....
Fecha de nacimiento.....lugar.....
Domicilio.....
Teléfonos de contacto.....
Horas que permanecerá en el centro.....

DATOS FAMILIARES:

PADRE:

Nombre y apellidos.....
Fecha de nacimiento.....Profesión.....
Domicilio.....
Teléfonos de contacto.....

MADRE:

Nombre y apellidos.....
Fecha de nacimiento.....Profesión.....
Domicilio.....
Teléfonos de contacto.....

HERMANOS/AS:

Nº total de hermanos/as.....lugar que ocupa.....
¿Tiene celos?.....
.....

RELACIONES:

- ¿Vive con el padre y con la madre?.....
- ¿Vive con el padre?..... ¿Vive con la madre?.....
- ¿Quién le cuida habitualmente?.....
- Otros familiares que conviven en la casa.....
- ¿Con quién se relaciona mejor?.....
- ¿Se relaciona con otros niños y niñas?
- ¿Muestra buena disposición para ampliar su círculo de relaciones?.....

ESCOLARIZACIÓN:

- ¿Es la primera vez que acude a la escuela?.....
- ¿Desde que edad está escolarizado?.....
- Nombre del centro.....
- ¿Se adaptó bien?

DATOS FÍSICOS:

- Estatura.....Peso.....
- Estado de salud.....
- ¿Ha padecido enfermedades?.....
- ¿Tiene alergia a algún medicamento?.....
- Vacunaciones.....
- ¿Quiere hacer algún comentario sobre la salud de su hijo/a?.....
-
-

MOVIMIENTO:

- ¿A qué edad comenzó a caminar?.....
- ¿Controla la marcha y la parada?.....
- ¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?.....

LENGUAJE:

- ¿A qué edad comenzó a emitir sonidos?.....
- ¿Cuándo comenzó a hablar?.....
- ¿Se entienden sus expresiones?.....
- ¿Utiliza mucho el gesto?.....
- ¿Tiene algún problema en la expresión oral?.....
- Descríbalo.....
-

CONTROL DE ESFÍNTERES:

- ¿Controla los esfínteres?.....¿Desde cuándo?.....
- ¿Lo pide o hay que recordárselo?.....
- ¿Qué utiliza, el WC o el orinal?.....
- Si no controla aún, explique en qué fase se encuentra.....
-

SUEÑO:

- ¿Duerme en la cuna o en la cama?.....
- Duerme solo/a o acompañado/a.....
- ¿Cuántas horas duerme por la noche?.....
- ¿Necesita la luz?.....¿Necesita algún juguete?.....
- ¿Se despierta por la noche?.....¿Tiene miedo?.....
- ¿Duerme siesta?.....¿Cuánto tiempo?.....

ALIMENTACIÓN:

- ¿Toma una alimentación variada?.....
- ¿Cuántas comidas hace al día?.....
- Indique qué alimentos prefiere y cuáles rechaza.....

.....
¿Es alérgico/a a algún alimento?.....
.....

HIGIENE:

¿Disfruta con el aseo?.....
¿Se baña todos los días?.....¿Quién lo baña?.....
¿Tiene alergia a algún producto higiénico?.....
Indique qué productos son.....

AUTONOMÍA:

Describa lo que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda en lo referente a la higiene, alimentación y vestido.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATOS EMOCIONALES:

Inquieto/a.....Tranquilo/a.....
Caprichoso/a.....Agresivo/a.....
¿Suele tener rabietas?.....
¿Tiene tendencia a estar solo/a?.....
¿Le gusta jugar acompañado/a?.....
¿Es dependiente o independiente?.....

OBSERVACIONES:

Si cree que hay algo que debemos conocer sobre su hijo/a, descríballo a continuación.

.....

.....

.....

.....

.....

.....