

EDUCACIÓN INFANTIL 2 AÑOS

CUESTIONARIO A LAS FAMILIAS

Este cuestionario intenta obtener información acerca de su hijo/a, como punto de partida para ayudarle y orientarle. Nuestro interés se centra en prevenir problemas futuros.

Les rogamos nos proporcionen la información necesaria.

Todos los datos serán tratados de forma absolutamente confidencial. Aunque algunos de estos datos parezcan irrelevantes, son importantes para descubrir las causas o implicaciones de las dificultades que puedan afectar a su hijo.

Al contestar tengan en cuenta estas indicaciones:

1. Que sus respuestas sean sinceras, reflejando la verdadera opinión sobre su hijo/a.
2. No contesten al azar. Si hay algún dato que no recuerdan o no saben déjenlo en blanco, sin preocuparse.
3. Si tienen que añadir algún comentario u observación, utilicen los espacios en blanco o añadan una hoja complementaria.
4. En lo posible, convendría que este cuestionario fuera cumplimentado conjuntamente por el padre y la madre.

Gracias por su colaboración.

1. DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar:

Domicilio:

Teléfonos: móvil:/..... Otros:

2. DATOS FAMILIARES:

FAMILIAR	NOMBRE	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN	TRABAJO, LUGAR Y HORARIO
Padre				
Madre				
Hermano/a 1º				
2º				
3º				
4º				
5º				

SITUACIÓN FAMILIAR:

¿Viven juntos los padres?
Otras personas (parentesco) que conviven con el niño/a
¿Ha asistido anteriormente a otra Escuela Infantil, guardería...? ¿Cuál?
¿Tuvo algún problema especial?
Otras situaciones familiares relevantes:

3. ASPECTOS INTELECTUALES:

- ¿De qué manera comprende lo que se le dice?
() Fácilmente () Normal () Difícilmente () Muy difícil
- Subraye los rasgos que mejor definen a su hijo/a:
Abierto - Tímido Alegre – Triste Hablador – Callado
Tranquilo – Nervioso Agresivo – Pacífico Obediente – Desobediente
Cariñoso -Esquivo
- Prefiere jugar:
Sólo/a Con niños Con adultos
- ¿Qué tipo de juegos o juguetes prefiere?
Tranquilos Con movimientos

4. ASPECTOS MADURATIVOS:

- Como fue el **parto**: Normal o con complicaciones (Fórceps, prematuro/a, etc.).....
- **Dificultades** de recién nacido: (UCI, asfixia, sufrimiento fetal, hospitalización, etc.)

LINGÜÍSTICOS

- ¿Cuándo empezó a emitir sus primeras palabras:
- ¿Se le entiende cuando habla?: ¿Habla mucho? ¿Comprende lo que se le dice?
- Idioma que se habla en casa:
- ¿Se comunica a través del lenguaje verbal o utiliza otros códigos como gestos, gritos, señas, etc.?.....

MOTRICES

- Meses en que se inició andar ¿Hubo gateo?..... Edad.....
- ¿La marcha es segura o insegura?.....
- ¿Tiene dificultades de movimiento de algún tipo? (torcimiento de pies, problemas posturales, poca agilidad en la marcha. Etc)
- ¿Se expresa con su cuerpo? (movimientos, expresión corporal)

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:

- Continua con lactancia..... ¿materna o uso de biberón?.....
- ¿Come alimentos sólidos?.....
- Alergias o preocupación por algún alimento.....
- Actitud ante la alimentación.....

- ¿Cuáles son sus alimentos preferidos?.....

HÁBITOS DE SUEÑO

- Duerme sólo ¿Comparte habitación?.....¿Con quién?.....
- ¿Comparte cama con algún miembro de la familia?.....
- Horas de sueño por la noche..... ¿Duerme de un tirón toda la noche?.....
- Su sueño es tranquilo o presenta alguna anomalía:
- Horas de siesta.....Horario de la siesta.....
- ¿Usa chupete?.....
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Se despierta por las noches?.....¿por qué?.....
- Dificultad de conciliar el sueño.....
- ¿Necesita que alguien que esté con él/ella para dormirse?.....
- Objetos que prefiere (muñecos, gasas, etc) y relación con ellos:
.....

RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES:

- ¿Es un niño/a cariñoso?.....¿Demuestra afecto?.....
- ¿Rechaza a alguien?.....
- Es un/a niño/a miedoso?.....
- ¿Tiene celos?
- ¿Tiene rabietas?.....¿Cuándo?.....
- ¿Con quién pasa la mayor parte del día?
- ¿Han observado en él alguna dificultad que impida su normal comportamiento?.....¿Cuál?.....

5. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS:

- ¿Siente miedo?.....¿A qué?.....
- ¿Está frecuentemente enfermo?.....
- ¿Qué enfermedades ha padecido?.....
Asma Celiquía Diabetes Cardiopatías Otras:.....
- Intervenciones quirúrgicas que ha tenido:
- Dificultades en la vista:
- Dificultades en el oído:
- ¿Controla esfínteres?.....¿Desde cuándo?.....¿Día/noche?
- ¿Acepta de buen grado su aseo personal?
- ¿Es alérgico a algo (medicina, polen etc.)?

6. EL CUESTIONARIO HA SIDO REALIZADO POR:

La madre () El padre () Los dos juntos () Otros ()

FECHA Y FIRMA: