

EDUCACIÓN INFANTIL 3 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:

- ¿Cómo creen ustedes que es su hijo/a?
 Muy inteligente Inteligente Normal
- ¿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 – Huraño
- ¿Se motiva fácilmente?
 Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
- ¿Se cansa de lo que hace?
 Rápidamente Casi enseguida A veces Casi nunca Nunca

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

- Edad con la comenzó hablar.....
- ¿Se le entiende cuando habla?: ¿Habla mucho?..... ¿Comprende lo que se le dice?
- ¿Presenta dificultades de pronunciación?.....¿Cuáles?.....
- Idioma que se habla en casa:
- ¿Se comunica a través del lenguaje verbal o utiliza otros códigos como gestos, gritos, señas, etc.?.....

MOTRICES

- Edad a la que empezó 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?.....
- ¿Come sólo?
- Alergias o preocupación por un 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:
.....

5. ASPECTOS DE LA VIDA SOCIAL:

- ¿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?.....
- ¿Cómo se comporta con sus amigos?

Bien	Regular	Mal
------	---------	-----
- ¿Cómo se comporta con los miembros de su familia?

Bien	Regular	Mal
------	---------	-----
- ¿Hace de buen grado lo que se le ordena?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------
- ¿Llama la atención a todos para que se fijen en él?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------
- ¿Es exigente?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------
- ¿Es ordenado con sus cosas?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------
- ¿Tiene iniciativa, autonomía?

- | | | | | | |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
- ¿Le gusta estar sólo?
- | | | | | | |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
- ¿Juega y le gusta estar con otros niños?
- | | | | | | |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
- Prefiere jugar:

Sólo/a	Con niños	Con adultos
--------	-----------	-------------
- ¿Qué tipo de juegos o juguetes prefiere?

Tranquilos	Con movimientos	Violentos
------------	-----------------	-----------
- ¿Le gusta ver la televisión? ¿Cuánto tiempo pasa al día frente al televisor, por término medio?
- ¿Utiliza el ordenador, tablet, teléfono...?
- ¿Se relaciona y habla con los adultos?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
--	---------	--------------	---------	------------	-------
- ¿Con quién pasa la mayor parte del día?
- ¿Han observado en él alguna dificultad que impida su normal comportamiento?.....¿Cuál?.....

6. 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?
- ¿Llora con facilidad?.....
- ¿Acepta de buen grado su aseo personal?
- ¿Qué mano usa habitualmente?
- ¿Es alérgico a algo?.....

7. EL CUESTIONARIO HA SIDO REALIZADO POR:

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

FECHA Y FIRMA: