**CUESTIONARIO INICIAL-CURSO 2020- 2021**

**Datos personales del niño**

Nombre y apellidos:…………………………………………………………………………………………………… …

Fecha de nacimiento: …………………………………………………………………………………………………….

Domicilio: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Nº de hermanos………………. Lugar que ocupa ………………………………………………………………..

Horario en el que permanecerá en el centro …………………………………………………………………..

Fecha en la que entrara en el centro ………………………………………………………………………………

**Datos familiares**

**Padre:**

Nombre y apellidos …………………………………………………………………………………………………………

DNI …………………………………………………………………………………………………………………………………

Fecha de nacimiento…………………………………... Lugar………………………………………………………..

Profesión …………………………………………………………………………………………………………………………

Domicilio ………………………………………………………………………………………………………………………

Teléfono de contacto ……………………………………………………………………………………………………….

Correo electrónico …………………………………………………………………………………………………………..

**Madre:**

Nombre y apellidos …………………………………………………………………………………………………………

DNI …………………………………………………………………………………………………………………………………

Fecha de nacimiento…………………….……………… Lugar………………………………………………………

Profesión …………………………………………………………………………………………………………………………

Domicilio ………………………………………………………………………………………………………………………..

Teléfono de contacto ……………………………………………………………………………………………………….

Correo electrónico …………………………………………………………………………………………………………..

**Relaciones**

¿Vive con el padre y la madre?................................. ¿Vive con el padre? …………………………..

¿Vive con la madre? …………………………………………………………………………………………………………

¿Quién le cuida habitualmente? ……………………………………………………………………………………..

Otros familiares que viven en 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 qué edad está escolarizado/a? …………………………………………………………………………….

¿Se adapto bien? ……………………………………………………………………………………………………………..

**Datos físicos**

¿Cómo fue el embarazo? …………………………………………………………………………………………………

¿Tuvo problemas durante el parto? …………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

¿Cuánto peso al nacer? ……………………………………………………………………………………………………

¿Con que fue alimentado? ………………………………………………………………………………………………

¿Estatura actual?.................................................. ¿Peso?........................................ ……..

¿Estado de salud? …………………………………………………………………………………………………………..

¿Ha padecido enfermedades? ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Tiene alergia a algún medicamento? ……………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Vacunaciones? ………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

¿Tiene algún defecto en vista o en oído?

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Qué mano utiliza habitualmente? …………………………………………………………………………………

¿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?

Descríbalo

**Lenguaje**

¿A qué edad comenzó a emitir sonidos?

¿Cuándo comenzó a hablar?

¿Se entienden sus expresiones?

¿Utiliza mucha 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 marque en qué fase se encuentra:

Control nocturno de la deposición

Control diurno de la deposición

Control diurno de la orina

Control nocturno de la orina

**Sueño**

¿Duerme en la cuna o en la cama?

¿Duerme solo/a o acompañado/a?

¿Cuántas horas duerme por la noche?

¿Necesita luz para dormir?

¿Necesita algún juguete?

¿Se despierta por la noche?.............. ¿Tiene miedo?

¿Duerme siesta?.............. ¿Cuánto tiempo?

¿Si se despierta por la noche hay que acostarse con él/ella?

¿Tiene marcado una rutina o ritual para dormirse?

Descríbalo

**Alimentación**

¿Toma una alimentación variada?

¿Cuántas comidas hace al día?

¿Come solo/a?............... ¿Para comer necesita estar distraído/a con la tele o algún juguete?

¿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 que productos son

**Autonomía**

Describa que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda, en lo que se refiere a higiene, alimentación y vestirse