

**DATOS DEL NIÑO/A Y SU FAMILIA.**

NOMBRE:			
APELLIDOS:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			FECHA:
DOMICILIO:			
TELÉFONO FAMILIAR		OTROS:	

NOMBRE DEL PROGENITOR 1:			
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR:	
PROFESIÓN:		TELÉFONO:	
ESTUDIOS:			

NOMBRE DE LA PROGENITOR 2:			
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR:	
PROFESIÓN:		TELÉFONO:	
ESTUDIOS:			

**SITUACIÓN FAMILIAR:**

NÚMERO DE HIJOS/AS		LUGAR QUE OCUPA:	
OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN CASA:			
EN CASO DE SEPARACIÓN ¿QUIÉN TIENE LA TUTELA DEL NIÑO/A?			

**HISTORIAL EVOLUTIVO:**
**Alimentación:**

• come solo/a: si ___ no ___	• se mantiene sentado/a mientras come: si ___ no ___
• tiene una alimentación variada: si ___ no ___ ( triturado, biberón, come siempre lo mismo)	

**Descanso:**

• duerme solo/a: si ___ no ___	• necesita de algo o alguien para dormir,
• se despierta por la noche	• ¿por qué?
• habitualmente se acuesta a las	• duerme siesta: si ___ no ___

**Control de esfínteres:**

• empezó a controlar el pis a los ___ años
• controla por el día: si ___ no ___ a veces ___
• controla por la noche: si ___ no ___ a veces ___
• lleva pañal ___ cuando ___

**Motricidad:**

• empezó a caminar a los _____
• se mueve de manera: segura _____ /torpe con caídas _____
• utiliza la mano: derecha _____ / izquierda _____
• tiene alguna dificultad para moverse o utilizar alguna parte del cuerpo _____
• ¿cual?

**Lenguaje:**

• comenzó a hablar a los _____
• utiliza gestos para hacerse comprender _____ o palabras _____
• presenta dificultades de tartamudeo _____, pronunciación _____,
• dificultad para hacerse entender _____ le entienden solo los de casa _____
• comprende lo que se le dice _____

**Salud:**

• tiene problemas de visión _____ oído _____, otras _____
• enfermedades que ha padecido _____
• es alérgico/a a _____
• necesita controles médicos, fuera de las revisiones habituales, debido a _____
• sigue algún tratamiento médico _____ ¿cuál?

**Carácter:**

• se relaciona con los demás
• es tranquilo/a _____ / movido/a _____
• es caprichoso/a _____ / tiene rabietas _____
• es curioso/a _____ / es agresivo/a/ _____
• obedece a lo que se le dice _____
• soluciona los problemas llorando, mordiendo, pateando _____
• es tímido/a _____, decidido/a _____, atrevido/a _____, miedoso/a _____
• con los hermanos/as es celoso/a _____
• se muestra dependiente del padre _____ / madre _____ / abuelos _____

**Escolarización:**

• ha asistido a guardería _____ cuanto tiempo _____ desde qué edad _____
• se adaptó fácilmente _____ le costó _____
• cómo era la relación con los otros niños/as _____

**Relación familia/escuela:**

• ¿Qué expectativas tienen respecto a la educación de su hijo/a?
• ¿Por qué han elegido este centro para su hijo/a?
• ¿En qué pueden colaborar con el Centro?

**Observaciones:**

(Si la familia lo desea puede añadir cualquier dato que consideren interesante para un mejor conocimiento del niño/a).