

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).