# Autonomía Personal

Alimentación

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Come solo/a? | SI | Con ayuda | NO |
| 2. ¿Bebe solo/a con vaso? | SI | Con ayuda | NO |
| 3. ¿Toma la mayor parte de los alimentos sin triturar? | SI | NO | |
| 4. ¿Ha dejado el biberón? | SI | NO | |
| 5. ¿Ha dejado el chupete? | SI | NO | |

Control de esfínteres

| | | |
|---|---|---|
| 6. ¿Ha dejado el pañal durante el día? | SI | NO |
| 7. ¿Ha dejado el pañal durante la noche? | SI | NO |

Higiene

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. ¿Se lava las manos? | SI | Con ayuda | NO |
| 9. ¿Se suena la nariz? | SI | Con ayuda | NO |
| 10. ¿Se limpia después de ir al baño? | SI | Con ayuda | NO |

Vestido

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11. ¿Se pone el abrigo? | SI | Con ayuda | NO |
| 12. ¿Se abrocha botones? | SI | Con ayuda | NO |

Sueño

| | | |
|---|---|---|
| 13. ¿Duerme solo/a? | SI | NO |

En caso negativo, ¿Con quién duerme?

# Comunicación y lenguaje

| | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Cuándo aparecieron sus primeras palabras? | | |
| 2. ¿Se expresa oralmente sin dificultad? | SI | NO |
| 3. ¿Comprende los mensajes orales sin dificultad? | SI | NO |

4. Algún aspecto a destacar de la comunicación y el lenguaje:

# Desarrollo Social y afectivo

| | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Juega con otros niños y niñas? | SI | NO |
| 2. ¿Se relaciona con personas adultas? | SI | NO |
| 3. ¿Se distrae con facilidad? | SI | NO |
| 4. ¿Presenta demasiada inquietud? | SI | NO |
| 5. ¿Se enfada con mucha frecuencia? | SI | NO |
| 6. ¿Llora o manifiesta alguna oposición al separarse del padre o la madre? | SI | NO |

7. Algún aspecto a destacar sobre sus relaciones sociales y afectivas:

# Desarrollo Cognitivo

| | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Crea historias mientras juega con o sin juguetes? | SI | NO |
| 2. ¿Juega representando algún papel o personaje? | SI | NO |
| 3. ¿Mantiene la atención sobre una tarea durante algunos minutos? | SI | NO |
| 4. ¿Es capaz de imitar conductas o acciones? | SI | NO |
| 5. ¿Sigue instrucciones sencillas? | SI | NO |