

# Cuestionario inicial de escolarización

## 2º ciclo de Educación Infantil

### Nombre del Centro:

Su hijo o hija inicia un nuevo ciclo en la etapa de educación infantil con unas características determinadas y diferentes a otros periodos de escolarización. Es necesario tener información previa del alumnado para que los profesionales que los atienden puedan realizar un mayor ajuste de la respuesta educativa. Los datos que se ofrecen son de carácter confidencial y formarán parte del expediente académico del alumno o alumna.

### Datos personales

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:  SEXO:

DOMICILIO:  TELÉFONO:

Nº DE HERMANOS/AS:  Nº DE ORDEN QUE OCUPA:

CENTRO DE SALUD:  PEDIATRA:

ESCOLARIZADO EN 1º CICLO DE INFANTIL (SI/NO):  NOMBRE DE LA ESCUELA INFANTIL:

SE DESPLAZAN A OTRAS LOCALIDADES POR TRABAJOS DE TEMPORADA (SI/NO):

PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR (PARENTESCO):

### Salud

1. ¿Dificultades en el embarazo? SI NO ¿Cuáles?

2. ¿Dificultades en el parto? (Fórceps, ventosa, prematuro/a, etc.)

3. ¿Dificultades del recién nacido? (UCI, asfixia, sufrimiento fetal, hospitalización, etc.)

4. ¿Ha padecido enfermedad u hospitalización? SI NO ¿Cuál o cuáles?

5. ¿Actualmente padece alguna enfermedad? SI NO ¿Cuáles?

6. ¿Padece alguna alergia y/o intolerancia? SI NO ¿Cuáles?

7. ¿Recibe algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuáles?

En caso afirmativo de las preguntas 5 y/o 6 presentar informe médico a la dirección del Centro.

### Desarrollo psicomotor

1. ¿Cuándo comenzaron sus primeros pasos?

2. ¿Sube y/o baja escaleras? SI Con ayuda NO

3. ¿Corre sin dificultad? SI Con ayuda NO

4. ¿Manipula objetos pequeños? SI Con ayuda NO

5. Algún aspecto a destacar en el movimiento, la coordinación o el equilibrio:

## 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?	<input type="text"/>		

## Comunicación y lenguaje

1. ¿Cuándo aparecieron sus primeras palabras?	<input type="text"/>		
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:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

## 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:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

## Desarrollo Cognitivo

1. ¿Crea historias mientras juega con o sin juguetes?	SI	NO	
2. ¿Juega representando algún papel o personaje?	SI	NO	