

# CUESTIONARIO INICIAL PARA EL 2º CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL

## CEIP VELADA

Estimados padres/madres/tutores/as:

Este cuestionario tiene como finalidad, conocer el grado de desarrollo actual de su hijo/a, que nos facilite planificar las actuaciones educativas que a lo largo de su escolaridad, se realicen en el entorno escolar.

Rogamos, no obstante, que si tienen algún problema para aportar la información que se les solicita, no duden en consultarlo con su tutor/a y/o la dirección del centro.

Los datos aquí reflejados, se emplearán exclusivamente para fines educativos, y recibirán el trato de confidencialidad que se recoge en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y en las disposiciones educativas correspondientes.

1.-Datos personales							
Nombre del alumno/a							
Fecha nacimiento		Lugar de nacimiento					
Nacionalidad		Vive en la localidad desde:					
2.-Datos familiares							
Padre/tutor legal:		Edad:	Madre/tutora legal: Edad:				
Profesión/estudios:		Profesión/estudios					
Domicilio:		Domicilio:					
Tfno:		Tfno:					
E.mail:		E-mail:					
Otro contacto:		Otro contacto:					
Número de hermanos/as del alumno/a:		Edades y lugar que ocupa el alumno/a:					
Nº de Personas que conviven en el hogar familiar:							
¿Es familia monoparental? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
¿Hay situación de separación o divorcio?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO . Si lo hubiera debe aportar copia de la sentencia sobre la custodia del menor							
<b>En caso de separación, ¿Quién tiene la custodia del menor?:</b>							
Situación familiar	<input type="checkbox"/> Vive habitualmente con su padre y su madre <input type="checkbox"/> Vive compartiendo con padre y madre <input type="checkbox"/> Vive habitualmente con su padre <input type="checkbox"/> Vive habitualmente con su madre <input type="checkbox"/> Otras circunstancias u otros cuidadores (especificar):						
3.-Escolarización previa			En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? .....				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escuela infantil <input type="checkbox"/> Guardería/ Ludoteca			Buena adaptación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
			Asistencia regular: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Se le ha realizado valoración por el Equipo de Atención temprana alguna vez? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, ¿en qué fecha?							
4.-ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD				SI	NO	NO SE	OBSERVACIONES
¿Tuvo problemas durante el embarazo?							Cuál?
¿Ha tomado medicación durante el embarazo?							Cuál?
¿Tuvo problemas durante el parto?							
¿Ha nacido su hijo/a prematuro/a?							A las ..... semanas
¿Nació con peso menor a 2k.?							¿Cuánto peso?
¿Estuvo hospitalizado después de nacer?							¿Cuántas?
¿Le dio el pecho?							¿Cuánto tiempo?
¿Ha tenido convulsiones?							
¿Presenta en la actualidad alguna alergia importante a alimentos, medicamento o productos higiénicos (Ej: jabón, toallitas...)?							¿A qué?
¿Presenta frecuentemente problemas respiratorios?							

<b>4.-ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD</b>	SI	NO	NO SE	OBSERVACIONES
¿Esta diagnosticado de alguna enfermedad?				¿Cuál?
¿Sigue algún tratamiento periódico?				¿Cuál?
¿Se pone enfermo con frecuencia?				¿De qué?
¿Tiene puestas todas sus vacunas, según calendario vigente?				Aporta documento
<b>VISIÓN</b>				
¿Cree que su hijo/a ha tenido o tiene problemas para ver?				
<b>AUDICIÓN</b>				
¿Le da la sensación de que a su hijo/a tiene problemas para oír?				
<b>MOTRICIDAD</b>				
¿Ha notado problemas de movilidad o disminución de fuerza en su hijo/a?*				
¿A qué edad comenzó a andar sin ayuda?				
¿Es capaz de correr bien y detenerse sin chocar con las cosas?				
<b>5.-HÁBITOS</b>	SI	NO	NO SÉ	Observaciones
<b>ALIMENTACIÓN</b>				
¿Presenta intolerancias alimenticias?				¿Cuál?
¿Tiene problemas para comer o tragar?				
¿Todavía toma algún biberón?				
¿Come la mayoría triturado?				
¿Suele desayunar bien en casa, cuando se levanta?				
<b>SUEÑO Y DESCANSO</b>				
	SI	NO	NO SÉ	Observaciones
¿Suele dormir al menos 10 horas por la noche?				¿Cuántas horas?
¿Duerme siesta?				
¿Tiene problemas durante el sueño?				
¿Suele dormir solo/a en su cama?				
<b>AUTONOMÍA PERSONAL</b>				
	SI	NO	NO SÉ	Observaciones
¿Utiliza chupete?				
¿Es capaz de meter la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?				
¿Es capaz de beber en vaso o sorber con cañita?				
¿Es capaz de quitarse algunas prendas de ropa?				
¿Se pone abrigo, chaqueta o camisa sin ayuda?				
¿Es capaz de subirse los pantalones hasta la cintura, una vez que ya tiene los pies metidos?				
¿Es capaz de pedir ir al baño?				
¿Es capaz de utilizar sin ayuda el WC?				
¿Se lava y seca sus manos solo/a?				
¿Controla la caca y el pipí de día?				

<b>6.-DESARROLLO DEL LENGUAJE</b>	SI	NO	NO SÉ	Observaciones
¿Cuándo comenzó a hablar?				
¿En casa, se le entiende lo que habla?				
¿Y personas extrañas le entienden?				
¿Cree que habla igual que otros niños de su edad?				
¿Comprende ordenes sencillas, sin darle pistas señalándole o con gestos?				
¿Suele hacer frases de 3 o 4 palabras?				
<b>7.-DESARROLLO EMOCIONAL Y RELACIONES</b>	SI	NO	NO SÉ	Observaciones
¿Le preocupa el comportamiento de su hijo/a?				
¿Expresa cuando está contento o triste?				
¿Conoce los comportamientos adecuados o inadecuados (portarse bien o mal)?				
¿Suele tener rabietas frecuentes?				

Describa a su hijo/a (marque con una cruz)

Tímido/a		Atrevido/a		Desenvuelto/a		Miedoso/a	
Inquieto/a		Caprichoso/a		Tranquilo/a		Agresivo/a	
Obediente		Decidido/a		Desobediente		Sumiso/a	
Afectuoso/a		Distante		Dependiente		Independiente	

### **8.-OBSERVACIONES**

¿Hay algún otro dato u observación que crea conveniente que conozcamos?:

Fdo:  
(padre, tutor legal)

Fdo:  
(madre, tutora legal)