



CUESTIONARIO PADRES INFANTIL

Queridas familias:

Con la información que obtendremos a partir de este cuestionario, pretendemos conocer a vuestro/a hijo/a para facilitar su adaptación. Cualquier información o sugerencia puede sernos muy útil. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES DEL NIÑO O DE LA NIÑA

Nombre y apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono/s de contacto:

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos de la madre o tutora:

Profesión:

Fecha y lugar de nacimiento:

Teléfono:

Nombre y apellidos del padre o tutor:

Profesión:

Fecha y lugar de nacimiento:

Teléfono:

e-mail donde se desee recibir la información:

HERMANOS/AS

Número de hermanos/as:

Edades:

Lugar que ocupa entre los hermanos/as:

¿Cómo es la relación con sus hermanos/as?

SITUACIÓN FAMILIAR

Personas con las que convive actualmente:

¿Con quién pasa más tiempo el niño?

¿Ha habido o hay alguna situación familiar que haya afectado o afecte a su hijo?

EMBARAZO Y LACTANCIA

Actitud de los padres durante el embarazo:

¿Transcurrió con normalidad o hubo complicaciones?

¿El parto fue normal o hubo complicaciones?

¿Hubo problemas después del parto?

Tipo de lactancia: Natural

Artificial

Duración:

SALUD Y MADURACIÓN PRIMARIA

Alergias:

Dieta especial:

Vacunas pendientes: ¿Cuáles?

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿A qué edad?

¿Tiene algún problema?

Auditivo:

Respiratorio:

Visual:

Digestivo:

Motriz:

Otros datos que le interese destacar:

HÁBITOS

ALIMENTACIÓN

¿Come solo?

¿Utiliza los cubiertos (cuchara, tenedor)?

¿Tiene buen apetito?

¿Come de todo?

¿Qué alimentos prefiere?

¿Cuáles rechaza?

Problemas de: Masticación Deglución Digestión Otros

Explique

SUEÑO

¿A qué hora se acuesta?

¿Se duerme con facilidad?

Indicadores de sueño:

Tipo de sueño: Tranquilo Agitado Terrores nocturnos

¿Comparte habitación? SI NO ¿Con quién?

¿Tiene alguna mascota para dormir?

¿Controla esfínteres por la noche? SI NO

SOCIALIZACIÓN

RELACIÓN CON LOS ADULTOS

¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos?

¿Juegan juntos a menudo?

¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con los adultos?

¿Se relaciona sin problemas con otros adultos?

¿Cómo se le castiga?

¿Con cuánta frecuencia?

¿Cómo se le premia?

¿Con cuánta frecuencia?

RELACIÓN CON OTROS NIÑOS Y NIÑAS

¿Le gusta jugar con otros niños?

¿De qué edad los prefiere? Mayores Iguales Menores

¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con otros niños?

¿Cómo se relaciona con ellos? Sumiso Asertivo Dominante

¿Van niños y niñas a casa a jugar con él/ella?

RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

¿Cuáles son sus juegos y juguetes preferidos?

¿Tiene un lugar donde pueda jugar?

¿Tiene la posibilidad de disfrutar de espacios exteriores (jardines, parques, etc.)?

¿Con qué frecuencia juega al aire libre?

¿A diario cuánto tiempo ve la televisión?

¿Qué tipo de programas ve?

¿Con quién?

ESCOLARIZACIÓN

¿Ha estado en otro/s centro/s anteriormente?

¿A qué edad?

¿Cómo se adaptó?

¿Cómo se llevaba con sus compañeros y compañeras?

¿Qué comentarios u observaciones le han hecho los docentes de su hijo/a?

NIVEL MADURATIVO

LENGUAJE

¿A qué edad dijo las primeras palabras?

¿Habla mucho o poco?

¿Se le entiende cuando habla?

¿Se apoya más en el lenguaje oral o en el gestual?

¿Cómo se le corrige cuando dice mal alguna palabra?

¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan expresiones infantiles características del niño?

¿Tiene alguna alteración del lenguaje oral?

Idioma/s en que se expresa:

MOTRICIDAD

¿Ha gateado?

¿A qué edad empezó a andar?

¿Tiene dificultades en el movimiento?

¿Qué mano utiliza preferentemente?

¿Y qué pie?

EMOCIONAL

¿Es inquieto o tranquilo?

¿Cómo responde cuando se le regaña?

¿Tiene rabietas a menudo?

¿Suele salirse con la suya?

¿Qué cambios importantes ha observado en su hijo/a desde que va a la escuela?

OBSERVACIONES

¿Qué añadiría?

Firmado:

*Educamos niños felices, que se sientan
capaces, queridos y brillantes.*