

FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN:

DATOS PERSONALES:

- ✓ NOMBRE Y APELLIDOS: _____
- ✓ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
- ✓ DOMICILIO: _____
- ✓ TELÉFONO FAMILIAR: _____ (OTROS) _____
-
- ✓ FECHA DE INGRESO: _____

DATOS FAMILIARES:

- ✓ NOMBRE DEL PADRE: _____
- ✓ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
- ✓ PROFESIÓN: _____
- ✓ NOMBRE DE LA MADRE: _____
- ✓ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
- ✓ PROFESIÓN: _____
- ✓ HERMANOS: _____ LUGAR QUE OCUPA EL ALUMNO/A: _____
- ✓ ESTADO CIVIL ACTUAL DE LOS PADRES: _____
- ✓ PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL NIÑO: _____
- ✓ RESPONSABLE DEL NIÑO: (Persona que en caso de necesidad (enfermedad del niño...) se haga cargo de él o ella: _____
teléfono de contacto: _____

ESCOLARIZACIÓN PREVIA:

¿Asistió a la guardería? _____ ¿Desde qué edad? _____

¿Cómo se adaptó? _____

- ¿SE ENCONTRABA A GUSTO? _____
- ¿CAMBIÓ EL NIÑO AL INCORPORARSE? _____
- ¿GUARDA BUEN RECUERDO? : _____

ASPECTOS SANITARIOS:

- ✓ ENFERMEDADES PROPIAS DE LA EDAD _____
- ✓ ENFERMEDADES CRÓNICAS _____
- ✓ OPERACIONES: _____
- ✓ ACCIDENTES: _____
- ✓ ¿Presenta dificultades en alguno de estos aspectos?
 - VISIÓN:
 - AUDICIÓN:
 - PIES:
 - ALERGIAS:
- ✓ VACUNAS: Completa o incompleta
- ✓ OTROS: _____

HÁBITOS:

ALIMENTACIÓN

- ✓ ¿CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA? : _____
- ✓ ¿TIENE PROBLEMAS CON LA COMIDA? : _____
- ✓ ¿COME SÓLIDO O TRITURADO? : _____
- ✓ ¿COME SOLO O LE DAN DE COMER? : _____
- ¿QUIÉN? : _____

SUEÑO

- ✓ HORARIO DE DORMIR: _____
- ✓ ¿DUERME SOLO? : _____
- ✓ ¿CON LUZ O A OSCURAS? _____
- ✓ ¿QUIÉN LO ACUESTA? : _____
- ✓ ¿DUERME CON ALGÚN JUGUETE? : _____
- ✓ ¿UTILIZA CHUPETE? : _____
- ✓ ¿SE DESPIERTA MUCHO? _____
- ✓ ¿SE DESPIERTA ALEGRE, LLORANDO,...? _____

HIGIENE

- ✓ ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE BAÑA? : _____
- ✓ ¿LE GUSTA? : _____
- ✓ ¿SE LIMPIA LOS DIENTES? : _____
- ✓ ¿SE LAVAN LAS MANOS SOLOS? : _____
- ✓ ¿PRESENTA ALERGIA A ALGÚN GEL, JABÓN? : _____

CONTROL DE ESFÍNTERES:

- ✓ ¿CONTROLA LOS ESFÍNTERES? _____
- ✓ DIURNO: _____ ¿A qué edad? _____
- ✓ NOCTURNO: _____ ¿A qué edad? _____

(Se moja en la actualidad):

- ✓ TIENE ALGÚN HORARIO: _____
- ✓ VA AL SERVICIO SOLO: _____

ORDEN y AUTONOMÍA:

- ✓ COLABORA EN CASA: _____
- ✓ RECOGE SUS COSAS: _____
- ✓ ¿SE LE ANIMA A COLABORAR EN ALGUNA TAREA DE CASA? :

- ✓ ¿INTENTA VESTIRSE / DESNUDARSE? _____
- ✓ ¿SABE LAVARSE? : _____

NIVEL MADURATIVO

LENGUAJE

- ✓ ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A HABLAR? : _____
- ✓ ¿HACE GESTOS PARA PEDIR LAS COSAS? : _____
- ✓ ¿HABLA CLARO? : _____
- ✓ ¿ES CHARLATÁN / ANA? : _____
- ✓ ¿SE LE HABLA CON EL LENGUAJE DE ADULTO O UTILIAN SUS MISMAS EXPRESIONES? :

- ✓ ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA EN SU COMUNICACIÓN, EXPRESIÓN...? : _____

PSICOMOTRICIDAD

- ✓ ¿HA GATEADO? : _____
- ✓ ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A ANDAR? : _____
- ✓ ¿TIENE UNA MARCHA SEGURA? : _____
- ✓ ¿TIENE DIFICULTADES EN EL MOVIMIENTO? : _____
- ✓ ¿SE SUBE A MESAS, SILLAS, ETC.. ? : _____
- ✓ ¿QUÉ PARTE DEL CUERPO USA MÁS: DERECHA, IZQUIERDA? : _____
- ✓ ¿LE INDICAN QUE DEBE USAR ALGUNA PARTE DEL CUERPO EN CONCRETO? : _____

RELACIONES PERSONALES

- ✓ PADRES: _____
- ✓ HERMANOS: _____
- ✓ OTROS ADULTOS: _____
- ✓ OTROS NIÑOS: _____
- ✓ ¿TIENE UNA HABITACIÓN PARA ÉL? : _____
- ✓ ¿CON QUIÉN CONVIVE NORMALMENTE? : _____
- ✓ ¿CON QUIÉN JUEGA? : _____
- ✓ ¿SE PREMIA O CASTIGA SU COMPORTAMIENTO? : _____
- ¿CÓMO? : _____
- ✓ ¿SE RELACIONA SIN PROBLEMAS CON OTROS ADULTOS? : _____
- ✓ ¿ES TÍMIDO/A, ALEGRE. ? : _____
- ✓ ¿CÓMO SE RELACIONA EN LUGARES DISTINTOS AL ENTORNO FAMILIAR CON OTROS NIÑOS? : _____
- ✓ ¿VAN NIÑOS A JUGAR A SU CASA? : _____

✓ ¿RECLAMA AL ADULTO? : _____

✓ ¿JUEGA CON SUS JUGUETES O CON OTROS OBJETOS? : _____

✓ ¿LOS BUSCA ÉL O SE LE DAN? : _____

✓ ¿TIENE PREFERENCIAS? : _____

✓ ¿SE PORTA BIEN? : _____

✓ ¿SE ENFADA MUCHO? ¿TIENE RABIETAS? ¿Con qué FRECUENCIA? :

✓ ¿VE LA TELEVISIÓN? : _____ ¿TIEMPO DIARIO? : _____

¿SÓLO O ACOMPAÑADO? : _____ ¿QUÉ PROGRAMAS LE

GUSTAN MÁS? : _____

OBSERVACIONES: