



## CUESTIONARIO SOBRE EL NIÑO/A

Queridos papá y mamá:

Mi educadora, la directora, la psicóloga y el médico necesitan saber muchas cosas que me han ocurrido desde que

nací, porque dicen que así me podrán atender de una manera más individualizada y comprender mejor los cambios que voy a ir experimentando durante este curso. A mi me gustaría contárselo..., pero no me acuerdo..., además de que sabéis que hablar todavía no se me da muy bien.

Creo que va a ser bueno para mí y para todos que os sentéis un ratito los dos y respondáis al cuestionario de la manera más clara posible.

Gracias por vuestra colaboración.

---

---

### DATOS PERSONALES

¿Cuál es mi nombre? :

Fecha de mi nacimiento:

---

---

### DATOS PRENATALES

¿Surgió algún problema durante el embarazo?      SI      NO      ¿Cuál?

¿Me adelanté o retrasé al nacer?      SI      NO      ¿Cuánto?

¿Estuve en la incubadora?      SI      NO

---

---

## ENFERMEDADES

¿He sufrido alguna enfermedad desde el nacimiento?      SI      NO      ¿Cuál/es?

¿He sido intervenido/a quirúrgicamente?      SI      NO      ¿De qué?

¿He estado ingresado/a en algún hospital?      SI      NO      ¿Cuántas veces, tiempo, por qué, etc.?

¿Sufro alguna alergia a alimentos, medicamentos...?      SI      NO      Especificar a qué.

---

---

## RELACIONES SOCIALES

¿Con quién convivo?

Nº de hermanos y posición que ocupo:

¿Qué persona cuida habitualmente de mí?

¿Salgo al parque a diario?

¿ Me relaciono con los otros niños?      SI      NO      ¿Cómo? (juego con ellos, me mantengo alejado, les pego, etc.)

¿Cuál es vuestra relación o estado actual? (pareja estable, separados, etc.)

---

---

## HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

¿Qué alimentos tomo y a qué horas?

¿He empezado a tomar purés?      SI      NO      ¿Cuándo?

¿He empezado a tomar sólido?      SI      NO      ¿Cuándo?

¿Como con facilidad o me cuesta un poquito...?      En caso negativo, ¿a qué recurrís?

¿Uso chupete o algún otro objeto que lo sustituya?      SI      NO      ¿Cuál y en qué ocasiones?

---

---

## HÁBITOS DE SUEÑO

¿Duermo bien?      SI      NO

¿Cuántas horas duermo normalmente?      Horarios.

¿Sufro pesadillas, terrores nocturnos, etc.?      SI      NO

¿Dónde y con quién duermo? (en cama o cuna, en mi habitación o en la vuestra...)

¿Duermo con algún juguete, mantita especial, etc.?      SI      NO

¿Acostumbro a dormir siesta?      SI      NO      ¿De cuánto tiempo?

---

---

## HÁBITOS DE HIGIENE

¿Controlo esfínteres?      SI      NO      ¿Desde cuándo?

¿Uso la cuchara?      SI      NO

¿Recojo mis juguetes?      SI      NO

¿Colaboro en el baño diario?      SI      NO

---

## DESARROLLO GENERAL

¿Balbuceo, sonrío, os sigo con la mirada, etc.?      SI      NO

¿Cuántas palabras digo?      ¿Desde cuándo?

¿Gateo?      SI      NO      ¿Desde cuándo?

¿Me mantengo en pie?      SI      NO      ¿Desde cuándo?

¿Ando?      SI      NO      ¿Desde cuándo?

En caso de tener problemas motores, ¿cuáles son?

---

## OBSERVACIONES

(Aquí podéis escribir aquello importante que se os ocurra y no quede reflejado en el cuestionario)

Fecha y firma: Papá y Mamá