

CUESTIONARIO SOBRE SU HIJO/A

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ ¿HERMANOS? _____ LUGAR QUE OCUPA _____
DOMICILIO _____
TELÉFONOS DE CONTACTO (por orden de prioridad para localizarlos en caso de emergencia)
1. _____ 2. _____ 3. _____
E-MAIL DE CONTACTO _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____
PROFESIÓN _____ PROFESIÓN _____
¿TRABAJA? SI NO ¿TRABAJA? SI NO
MODIFICACIONES DE LA VIDA FAMILIAR _____
PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA FAMILIA _____

ASPECTOS SANITARIOS

DIFICULTADES EN EL EMBARAZO O PARTO _____
ENFERMEDADES IMPORTANTES _____
ENFERMEDADES CRÓNICAS _____
DIFICULTADES VISUALES _____
DIFICULTADES DE AUDICIÓN _____
ALERGIAS _____
PROBLEMAS DE PIES _____
¿OTROS PROBLEMAS? _____

HÁBITOS ALIMENTARIOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN: PECHO BIBERÓN LACTANCIA MIXTA
¿HASTA CUANDO LE DISTE PECHO? _____
¿A QUÉ EDAD INCORPORÓ OTROS ALIMENTOS? _____
PAPILLA DE FRUTAS _____ CARNE _____ PESCADO _____
HUEVO _____ LECHE DE VACA _____
¿HAY ALGÚN ALIMENTO QUE NO TOLERE? _____

HÁBITOS SOBRE EL SUEÑO

¿CÓMO ES EL SUEÑO? TRANQUILO SI NO A VECES INQUIETO SI NO A VECES
¿LE ACUNAS? SI NO A VECES ¿LE DUERMES EN BRAZOS? SI NO A VECES
¿NECESITA ALGÚN OBJETO PARA DORMIR? _____
¿NECESITA CHUPETE? SI NO A VECES
¿CÓMO DUERME? POSTURAS, HÁBITOS, ETC. _____
¿DUERME SOLO? SI NO A VECES COMPARTE HABITACIÓN SI NO

CUESTIONARIO SOBRE SU HIJO/A

HÁBITOS HIGIÉNICOS

¿RECLAMA QUE SE LE CAMBIE? _____

¿CUÁL ES SU ACTITUD DURANTE EL CAMBIO? _____

HÁBITOS DE CONDUCTA

SENSIBLE SI NO A VECES
TRANQUILO SI NO A VECES
ALEGRE SI NO A VECES
POCO EXPRESIVO SI NO A VECES
OTROS _____

JUGUETÓN SI NO A VECES
TEMEROSO SI NO A VECES
NERVIOSO SI NO A VECES

¿LLORA CON FRECUENCIA? _____

¿QUÉ LE CALMA? _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

¿SOSTIENE LA CABEZA? SI NO EN PROCESO

¿A QUÉ EDAD APROXIMADA EL NIÑO/A CONSIGUIÓ MANTENERSE SENTADO? _____

¿SE VOLTEA? SI NO EN PROCESO

¿GATEO? SI NO EN PROCESO

¿SE SOSTIENE DE PIE? SI NO EN PROCESO

LENGUAJE

¿BALBUCEA? _____

¿IMITA SONIDOS? _____

¿RESPONDE A SU NOMBRE? _____

JUEGOS Y RELACIONES

¿QUÉ JUGUETES LE GUSTAN? _____

¿EXIGE MUCHA ATENCIÓN DEL ADULTO? SI NO A VECES ¿EN QUÉ MOMENTO? _____

¿EXTRAÑA A PERSONAS DESCONOCIDAS? _____