



ENCUESTA 3 AÑOS

A continuación les planteamos algunas cuestiones referentes a la evolución de su hijo. Esperamos su colaboración respondiendo a estas preguntas. Estos datos solamente van a ser manejados por el tutor, asegurándoles la mayor discreción en ellos. Para contestar a las preguntas marque una cruz en la casilla que corresponda.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

CENTRO ESCOLAR: **CPEIP San Juan de la Cadena**

Curso: 3 años

DOMICILIO:

POBLACIÓN: TELÉFONOS:/.....

...../.....

IDIOMA QUE UTILIZA EL NIÑO EN CASA:

DATOS FAMILIARES

Padre Nombre: Edad:

Profesión:

Madre Nombre: Edad:

Profesión:

Hermanos: Número: Edades:

Lugar que ocupa el niño/a:

*** Otros familiares que viven en casa:**

Parentesco:

EL NIÑO VIVE HABITUALMENTE CON:

HA ACUDIDO A ALGÚN JARDÍN DE INFANCIA O GUARDERÍA:

SI A que edad:

NO

*** Motricidad**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Empezó a andar a los meses. | SI | NO |
| - Sube las escaleras alternando los pies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Monta en un triciclo y pedalea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Puede andar de puntillas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se sostiene momentáneamente sobre un solo pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se desabrocha botones de tamaño mediano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Copia un círculo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mano que usa preferentemente | | |
| — Derecha | <input type="checkbox"/> | |
| — Izquierda | <input type="checkbox"/> | |
| — Ambas | <input type="checkbox"/> | |

*** Lenguaje** - Comenzó a decir las primeras palabras (papá, mamá, nene...) a la edad

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| de | SI | NO |
| - Comprende órdenes de dos partes (Ej.: Ven y siéntate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dice frases de tres palabras (Ej.: Mamá quiero agua) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Su lenguaje actual es: | | |
| — Claro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Se le entiende (personas ajenas a la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*** Carácter**

- Tiene celos:
- SI ¿De quién?
- NO
- De ordinario le cuesta integrarse con otros niños
- SI
- NO

*** Salud**

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| - ¿Tiene problemas de oído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ¿Tiene problemas de vista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Enfermedades padecidas: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- ¿Necesita habitualmente atención médica?

SI ¿Por qué?

.....

.....

¿Sigue algún tratamiento actualmente?

.....

.....

NO

*** Consultas / tratamientos anteriores**

- ¿Le ha atendido algún psicólogo

SI **NO**

- ¿Le ha atendido algún neurólogo?

*** Si quieren añadir algo, háganlo a continuación**

.....

.....

.....

.....