

## CUESTIONARIO DE EDUCACIÓN INFANTIL

CURSO 20\_\_/20\_\_

### DATOS PERSOAIS

Nome e apelidos .....

Data de nacemento ..... Lugar .....

Enderezo .....

Teléfono de contacto .....

### RELACIÓNS

¿Vive cos dous proxenitores? .....

En caso contrario, ¿con quen vive? .....

¿Quen o coida habitualmente? .....

Outros familiares que conviven na casa .....

¿Con quen se relaciona mellor? .....

¿Relacionase con outros nenos e nenas? .....

¿Amosase sociable con persoas alleas ao círculo familiar? .....

### EMBARAZO

Se non tivo ningún problema e o transcurso xeral do seu embarazo foi totalmente normal, marque cun aspa o cadro da esquerda

Indique as enfermidades, accidentes ou outro tipo de problemas que tivo vostede durante o embarazo deste fillo: .....

### PARTO

Indique as características do parto de seu fillo/a:

Prematuro

A termo (naceu no seu tempo)

Inducido (provocado polo médico). Razón: .....

Parto normal

Cesárea. Razón: .....

Indique as características que presentou o seu fillo/a ao nacer:

- Naceu sonrosado/a, con bo color de pel na cara.
- Comezou a chorar axiña
- Naceu cunha ou máis voltas de cordón no pescozo.
- Mostrou signos de dificultade para respirar
- Levárono á incubadora
- Naceu con algunha anomalía conxénita.

Se quere facer algún comentario a este respecto fágao a continuación:.....

.....

.....

.....

## ESCOLARIZACIÓN

¿É a primeira vez que acode á escola? .....

En caso contrario, ¿Dende que idade está escolarizado? .....

Nome do centro .....

¿Adaptouse ben ao ambiente escolar? .....

## DATOS FÍSICOS

Estatura ..... Peso .....

Estado de saúde xeral.....

¿Padeceu enfermidades? .....

¿Ten alerxia a algún medicamento? .....

Vacinacións.....

¿Quere facer algún comentario sobre a saúde do seu fillo/a? .....

.....

.....

## MOVEMENTO

¿A que idade comezou a camiñar? .....

¿Presenta algún problema relacionado co movemento? .....

Descríbalo.....

.....

.....

## LINGUAXE

¿A que idade comezou a falar? .....

¿Enténdense as súas expresións por persoas alleas a él? .....

¿Utiliza moito o xesto? .....

¿Quere facer algún comentario sobre a súa expresión oral? .....

.....

.....

## CONTROL DE ESFÍNTERES

- ¿Ten control de orina diúrno? .....¿Desde cando?.....  
¿Ten control de orina nocturno? .....¿Desde cando?.....  
¿Ten control de heces? .....¿Desde cando?.....  
¿Controla a frecuencia ou hai que lembrarlo? .....  
Se non controla aínda, explique se ten algún problema relacionado con este apartado.....  
.....  
.....

## SONO

- ¿Dorme só/a ou acompañado/a? .....  
¿Cantas horas dorme pola noite habitualmente? .....  
¿Precisa luz? .....¿Precisa algún obxeto? .....  
¿Dorme soneca? .....  
¿Esperta pola noite? .....¿Ten pesadelos? .....  
¿Quere facer algún comentario relativo a este tema? .....  
.....  
.....  
.....

## ALIMENTACIÓN

- ¿Ten una alimentación variada? .....  
¿Almorza ben?.....  
¿Presenta algunha intolerancia alimentaria?.....  
¿Quere facer algún comentario sobre a alimentación do seu fillo? .....  
.....  
.....  
.....

## HIXIENE

- ¿Báñase ou duchase todos os días? .....  
¿É autónomo na súa hixiene persoal? .....  
¿Cústalle colaborar ca súa hixiene? .....

## AUTONOMÍA

Describe as tarefas que realiza o seu fillo/a sen axuda no referente á hixiene, alimentación e vestido.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## DATOS EMOCIONAIS

¿Ten tendencia a estar só/a? .....

¿Adoita ter perrenchas? .....

¿Adoita ser agresivo? .....

¿Gústalle xogar acompañado? .....

¿Amosa dependente ou independente?.....

¿Quere salientar algún aspecto no tocante a este tema? .....

.....

.....

.....

.....

.....

## OBSERVACIÓNS

¿Quen respondeu a este cuestionario? .....

Se cre que hai algún dato ou aspecto que debamos coñecer sobre o seu fillo/a,  
por favor describaos deseguido.

.....

.....

.....

Vigo a ..... de ..... de 20...

(Asdo. Nai, pai/ titor legal)