

Cuestionario inicial de escolarización 2º ciclo de Educación Infantil

Curso:

Nombre del Centro:

Su hijo o hija inicia un nuevo ciclo en la etapa de educación infantil con unas características determinadas y diferentes a otros periodos de escolarización. Es necesario tener información previa del alumnado para que los profesionales que los atienden puedan realizar un mayor ajuste de la respuesta educativa. Estos datos serán tratados conforme a Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos y formarán parte del expediente académico del alumno o alumna.

Datos personales

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 Nº DE HERMANOS/AS: _____ Nº DE ORDEN QUE OCUPA: _____
 CENTRO DE SALUD: _____ PEDIATRA: _____
 ESCOLARIZADO EN 1º CICLO DE INFANTIL (SI/NO): _____ NOMBRE DE LA ESCUELA INFANTIL: _____
 SE DESPLAZAN A OTRAS LOCALIDADES POR TRABAJOS DE TEMPORADA (SI/NO): _____
 PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR (PARENTESCO): _____

Salud

1. ¿Dificultades en el embarazo? SI NO ¿Cuáles? _____
2. ¿Dificultades en el parto? (Fórceps, ventosa, prematuro/a, etc.)
3. ¿Dificultades del recién nacido? (UCI, asfixia, sufrimiento fetal, hospitalización, etc.)
4. ¿Ha padecido enfermedad u hospitalización? SI NO ¿Cuál o cuáles?
5. ¿Actualmente padece alguna enfermedad? SI NO ¿Cuáles?
6. ¿Padece alguna alergia y/o intolerancia? SI NO ¿Cuáles?
7. ¿Recibe algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuáles?
8. ¿Tiene reconocida alguna discapacidad? SI NO ¿Cuáles?

En caso afirmativo en las preguntas 5, 6, 7 y/o 8 presentar informe a la dirección del Centro.

Desarrollo psicomotor

1. ¿Cuándo comenzaron sus primeros pasos? _____
2. ¿Sube y/o baja escaleras? SI Con ayuda NO
3. ¿Corre sin dificultad? SI Con ayuda NO
4. ¿Manipula objetos pequeños? SI Con ayuda NO
5. Algún aspecto a destacar en el movimiento, la coordinación o el equilibrio: _____

Autonomía Personal

ALIMENTACIÓN

1. ¿Come solo/a?	SI	Con ayuda	NO
2. ¿Bebe solo/a con vaso?	SI	Con ayuda	NO
3. ¿Toma la mayor parte de los alimentos sin triturar?	SI	NO	
4. ¿Ha dejado el biberón?	SI	NO	
5. ¿Ha dejado el chupete?	SI	NO	

CONTROL DE ESFÍNTERES

6. ¿Ha dejado el pañal durante el día?	SI	NO
7. ¿Ha dejado el pañal durante la noche?	SI	NO

HIGIENE

8. ¿Se lava las manos?	SI	Con ayuda	NO
9. ¿Se suena la nariz?	SI	Con ayuda	NO
10. ¿Se limpia después de ir al baño?	SI	Con ayuda	NO

VESTIDO

11. ¿Se pone el abrigo?	SI	Con ayuda	NO
12. ¿Se abrocha botones?	SI	Con ayuda	NO

SUEÑO

13. ¿Duerme solo/a?	SI	NO
---------------------	----	----

En caso negativo, ¿Con quién duerme?

Comunicación y lenguaje

1. ¿Cuándo aparecieron sus primeras palabras?	<input type="text"/>
2. ¿Se expresa oralmente sin dificultad?	SI NO
3. ¿Comprende los mensajes orales sin dificultad?	SI NO
4. Algún aspecto a destacar de la comunicación y el lenguaje:	<input type="text"/>

Desarrollo Social y afectivo

1. ¿Juega con otros niños y niñas?	SI	NO
2. ¿Se relaciona con personas adultas?	SI	NO
3. ¿Se distrae con facilidad?	SI	NO
4. ¿Presenta demasiada inquietud?	SI	NO
5. ¿Se enfada con mucha frecuencia?	SI	NO
6. ¿Llora o manifiesta alguna oposición al separarse del padre o la madre?	SI	NO
7. Algún aspecto a destacar sobre sus relaciones sociales y afectivas:	<input type="text"/>	

Desarrollo Cognitivo

1. ¿Crea historias mientras juega con o sin juguetes?	SI	NO
2. ¿Juega representando algún papel o personaje?	SI	NO
3. ¿Mantiene la atención sobre una tarea durante algunos minutos?	SI	NO
4. ¿Es capaz de imitar conductas o acciones?	SI	NO
5. ¿Sigue instrucciones sencillas?	SI	NO