



Castilla-La Mancha

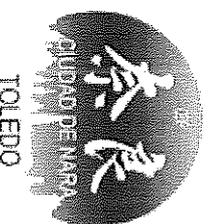


CENTRO  
BILINGÜE  
PROFESOR BERNARDO  
RODRÍGUEZ



STEAM  
REFERENCE  
SCHOOL

aula del  
futuro



## CUESTIONARIO INICIAL

El presente cuestionario de carácter voluntario pretende recoger datos de su hijo/a, a fin de conocerle mejor y poder así ayudarle en su actividad escolar. Los datos de este cuestionario serán utilizados sólo profesionalmente, asegurándoles la total discreción por nuestra parte.

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA

Apellidos: .....  
Nombre: ..... ¿Cómo le llaman en casa? .....  
Fecha de nacimiento: ..... Lugar: .....  
Provincia: ..... País: .....  
Nacionalidad: .....  
Dirección: .....  
Localidad: ..... CP: .....  
Provincia: ..... Teléfono: .....

### DATOS FAMILIARES

**PADRE/TUTOR LEGAL:**  
Nombre y apellidos: .....  
Profesión/Situación laboral: .....  
Teléfono móvil: ..... Teléfono trabajo: .....  
**MADRE/TUTORA LEGAR:**  
Nombre y apellidos: .....  
Profesión/Situación laboral: .....  
Teléfono móvil: ..... Teléfono trabajo: .....

### CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES SIGNIFICATIVAS

(Familia monoparental, padres separados, fallecimiento...)  
En alguno de estos casos, el niño/a vive con: .....  
¿Viven otros familiares en casa? .....  
¿Hay algún problema de salud significativo en la familia? .....

### HERMANOS:

Nombre: ..... Edad: .....  
..... Edad: .....  
..... Edad: .....

### ESCOLARIZACIÓN

¿Es la primera vez que acude al colegio? .....  
¿Desde qué edad ha estado escolarizado? .....  
¿Se adaptó bien? .....  
Nombre del centro: .....

### DATOS FÍSICOS Y DE SALUD

Problemas en el embarazo o parto: ..... Vacunaciones: .....  
Estado general de salud: .....  
Alergias: .....  
Problemas de visión o audición: .....  
¿Padece alguna enfermedad? ..... En caso afirmativo,  
cuál: .....  
¿Hay alguna recomendación significativa del médico? .....  
Otros aspectos significativos (operaciones, ingresos hospitalarios, etc...):  
.....

## MOVIMIENTO

- ¿A qué edad comenzó a caminar?.....
- ¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?.....
- Describe:.....

## LENGUAJE

- ¿A qué edad comenzó a emitir sonidos?.....
- ¿Cuándo comenzó a hablar?.....
- ¿Se entienden sus expresiones?.....
- ¿Utiliza mucho el gesto?.....
- ¿Tiene algún problema de expresión oral?.....
- Describe:.....
- ¿Qué lengua (idioma) se habla en casa?.....

## CONTROL DE ESFÍNTERES

- ¿Controla esfínteres de día?.....
- ¿Controla esfínteres de noche?.....
- ¿Desde cuándo?.....
- ¿Lo pide o hay que recordárselo?.....

## SUEÑO

- ¿Cómo duerme su hijo/a? Rodee lo que proceda:
- Tranquilo- intranquilo
- Solo- con alguien
- Con algún objeto que le gusta

## ALIMENTACIÓN E HIGIENE

- ¿A qué hora se acuesta?..... ¿A qué hora se levanta?.....
- ¿Se despierta por la noche?..... ¿Tiene miedo?.....
- ¿Cuánto tiempo ve la televisión diariamente?.....
- ¿En qué consiste su desayuno?.....
- ¿Toma una alimentación variada?..... ¿Cuántas comidas hace al día?.....
- ¿Come solo/sola?..... ¿Hay que estimularle para que coma?.....
- Alergias a alimentos:.....
- ¿Utiliza biberón?..... ¿Utiliza chupete?.....

## AUTONOMÍA Y PERSONALIDAD

- ¿Necesita ayuda para vestirse, calzarse, comer, lavarse?.....
- ¿Tiene miedos?..... ¿De algo en particular?.....
- ¿Juega con amigos en casa?..... ¿Fuera de casa?.....
- ¿Con quién pasa la mayoría del tiempo?.....
- ¿Qué mano utiliza preferentemente?.....
- ¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a? Rodee lo que proceda
- Alegre- triste    Decidido- tímido    Inseguro- seguro    Activo- Pasivo
- ¿Qué otros aspectos de su personalidad destacaría?.....