



FICHA INICIAL DE INFORMACIÓN FAMILIAR

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A:

Nombre:..... Apellidos:..... Fecha Ncto.....
Domicilio:..... Tfno.Contacto:.....

2. DATOS FAMILIARES:

Nombre padre:..... Edad:..... Profesión:.....

Lugar trabajo:..... Tfno.:.....

Nombre madre:..... Edad:..... Profesión:.....

Lugar trabajo:..... Tfno.:.....

Hermanos: Nombre..... Edad:..... Estudios:.....

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

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

Lugar que ocupa entre los hermanos/as:..... ¿Con quién vive el niño/a?.....

Otras familiares que vivan en la casa (Indicar el parentesco)

3. DATOS MÉDICOS:

¿Ha sido su salud siempre buena? SI NO

Enfermedades importantes que ha padecido y consecuencias de las mismas:

.....
.....

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica? SI NO ¿Cuál?.....

Otros problemas durante la primera infancia que consideren importantes (quemaduras, golpes, cambios de domicilio).....

¿Necesitan alguna atención especial en cuanto a su salud? SI NO ¿Cuál?.....

¿Sigue algún tratamiento? SI NO ¿Cuál?.....

¿Padece algún tipo de alergia? SI NO ¿Cuál?.....

4. ESTADO ACTUAL:

¿Ve bien? SI NO ¿Oye bien? SI NO ¿Habla con claridad? SI NO

¿Tiene dificultades concretas de pronunciación?.....

Su nivel de vocabulario es: Muy bueno Bueno Bajo ¿Escucha cuando habla otra persona?.....

¿Retiene pequeños mensajes respondiendo a lo que se le pregunta?.....

¿Le gusta escuchar cuentos? ¿Le cuesta estar atento hasta el final?.....

Señala si tiene alguna dificultad para: andar, correr, saltar, montar en triciclo, etc.....

.....



¿Existe alguna situación familiar que haya afectado a su hijo/a?.....

¿Presenta algún problema familiar? (celos, rabietas, apatía).....

Señale con una **X**, los aspectos comportamentales que caracterizan a su hijo/a en sus relaciones familiares:

Tranquilo/a Nervioso/a Abierto/a Retraído/a Alegre
Triste Dominante Sumiso/a Ordenado/a Desordenado/a

5. SOCIALIZACIÓN:

¿Juega con sus hermanos/as? SI NO ¿A qué?.....

¿Juega con otros niños/as en casa? SI NO en la calle SI NO ¿Voluntariamente o hay que animarle?.....

Cuándo juega con otros niños/as ¿le gusta ser el líder o prefiere que lo sea otro?.....

¿Normalmente es aceptado por los otros niños/as?..... SI NO

Cuándo se le presentan situaciones difíciles, ¿suele responder llorando?..... SI NO

¿Tiene dificultad para entretenerse sin la presencia del adulto?..... SI NO

¿Sabe defenderse cuando se meten con él?..... SI NO

¿Sabe expresar verbalmente sus quejas?..... SI NO

¿Cuáles son sus actividades o juegos favoritos?.....

¿Cuántas horas al día ve la TV?.....

¿Hay mutuo acuerdo entre la familia de la manera de educar al niño/a?..... SI NO

6. HÁBITOS:

¿Come solo? SI NO ¿Come alimentos sólidos de forma habitual? SI NO

¿Permanece sentado durante la comida? SI NO ¿Se viste solo? SI NO ¿Se asea solo? SI NO

¿Necesita ayuda para ir al baño? SI NO ¿Controla el pis durante el día? SI NO ¿Desde qué edad?.....

¿Controla el pis por la noche? SI NO ¿Cuántas horas duerme por la noche?..... ¿Duerme solo? SI NO

¿Duerme la siesta? SI NO ¿Tiene miedo? SI NO ¿Duerme con la luz encendida? SI NO

Tipo de sueño: tranquilo, alterado..... ¿Colabora para recoger sus juguetes? SI NO

7. ESCOLARIZACIÓN

¿Ha asistido antes a escuela infantil o guardería? SI NO ¿Cuál?.....

¿Tuvo problemas de adaptación? SI NO ¿Cuáles?.....

¿Faltó a clase con frecuencia? SI NO Motivos:

OBSERVACIONES (Indique otros datos que no se hayan solicitado y que puedan ser útiles para un mejor conocimiento de su hijo/a)