A continuación le solicitamos una serie de datos que serán de gran utilidad para conocer mejor a su hijo. **De la veracidad de los datos suministrados por Usted dependerá el mejor desenvolvimiento de su representado dentro de la Institución.**

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos:** |  | | | |
| **Nombres:** |  | | | |
| **Lugar de nacimiento:** |  | | **Fecha de nacimiento:** |  |
| **Cédula de Identidad (niños mayores de 9 años):** | |  | | |

**II. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padres divorciados** | **Si** |  |  | **No** |  |
| **Madre casada nuevamente** | **Si** |  |  | **No** |  |
| **Padre casado nuevamente** | **Si** |  |  | **No** |  |
| **¿Con quién vive el niño?** | **Ambos padres** | |  |  |  |
|  | **Madre** | |  |  |  |
|  | **Padre** | |  |  |  |
|  | **Otro** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Edad** | **Nivel de Estudio** | **Profesión** | **Nacionalidad** |
| **Padre** |  |  |  |  |  |
| **Madre** |  |  |  |  |  |
| **Padrastro** |  |  |  |  |  |
| **Madrastra** |  |  |  |  |  |
| **Otro** |  |  |  |  |  |

**HERMANOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Edad** | **Nivel de Estudio** | **Lugar de Estudio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (INCLUYA EL PERSONAL DE SERVICIO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Edad** | **Nivel de Estudio** | **Lugar de Estudio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CONSIDERA QUE LAS RELACIONES FAMILIARES SON:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Frecuentes** | **Poco frecuentes** | **Satisfactorias** | **Poco satisfactorias** |
| **Padre - Hijo** |  |  |  |  |
| **Madre - Hijo** |  |  |  |  |
| **Niño(a) - Hermano(a)** |  |  |  |  |
| **Padre - Madre** |  |  |  |  |

**¿CUÁNTAS HORAS COMPARTE CON SU HIJO DIARIAMENTE?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Madre:** |  |  | **Padre:** |  |

**III. ANTECEDENTES PRENATALES**

**EMBARAZO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planificado** | | | **Si** |  |  | **No** |  |
| **¿Padeció alguna enfermedad durante el embarazo?** | | | **Si** |  |  | **No** |  |
| **Describa (en caso de enfermedad)** |  | | | | | | |
| **Edad de la madre al momento del embarazo** | |  | | | | | |

**CARACTERÍSTICAS DEL PARTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A término** |  |  | **Prematuro** |  |
| **Normal** |  |  | **Inducido** |  |
| **Tiempo de trabajo de parto** | |  |  |  |
| **Cesárea** |  |  | **Fórceps** |  |

**PRESENTACIÓN DEL NIÑO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Normal** |  | |  | **Nalgas** |  |
| **Transverso** |  | |  | **De pie** |  |
| **Circular de cordón** | |  | | | |

**IV. CARACTERÍSTICAS AL NACER**

**PESO Y TALLA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Peso** |  |  | **Talla** |  |

**ALIMENTACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pecho** |  |  | **¿Cuánto tiempo** |  |
| **Fórmula** |  |  | **¿Cuánto tiempo** |  |

**V. DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL LENGUAJE**

**INDIQUE LA EDAD EN LA CUAL REALIZÓ LAS SIGUIENTES DESTREZAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fijar la cabeza** |  |  | **Sentarse** |  |
| **Caminar apoyado** |  |  | **Caminar solo** |  |
| **Controlar esfínteres (diurno)** |  |  | **Controlar esfínteres (nocturno)** |  |

**DIFICULTADES MOTORAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Tuvo alguna dificultad motora?** |  |  | **¿En qué miembros?** |  |
| **¿Necesitó tratamiento especial?** |  |  | **¿Cuánto tiempo?** |  |

**DESARROLLO DEL LENGUAJE**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿A qué edad dijo sus primeras palabras?** |  |
| **¿A qué edad estructuró frases completas** |  |

**VI. ASPECTOS DE SALUD**

**ENFERMEDADES PADECIDAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otitis** |  | |  | | | **Lechina** | | |  |  | **Rubeola** |  | |
| **Asma** |  | |  | | | **Parotiditis** | | |  |  | **Paperas** |  | |
| **Tosferina** |  | |  | | | **Sarampión** | | |  |  | **Hepatitis** |  | |
| **Otra (especifique)** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **¿Qué la produce?** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene tratamiento médico fijo?** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **¿Qué medicamento toma?** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **¿Ha sufrido algún accidente? Explique** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **¿Ha sido operado alguna vez? Explique** | | | | | | | |  | | | | | | |
| **¿Utiliza botas o aparatos ortopédicos?** | | | | | | | |  | | | | |

**VII. RUTINA**

**HÁBITOS ALIMENTICIOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Cómo define su apetito?** | | | | | | | | | | | | |
| **Muy apetente** | |  |  | **Apetente** | | |  |  | | **Inapetente** |  | |
| **¿En qué lugar de la casa ingiere cada comida?** | | | | | | | | | | | |
| **Desayuno** |  | | | |  | **Almuerzo** | | |  | | |
| **Merienda** |  | | | |  | **Cena** | | |  | | |
| **¿Cuánto tiempo invierte comiendo?** | | | | |  | | | | | | |

**HÁBITOS DE DESCANSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Cómo duerme?** | | | | | | | | | | | | |
| **Tranquilo** |  | |  | **Intranquilo** | | | |  |  | | **Pesadillas** |  |
| **Castañea los dientes** |  | |  | **Arruga las sábanas** | | | |  |  | | **Otros** |  |
| **Duerme acompañado** |  | |  | **¿Por quién?** | |  | | | | | | |
| **¿Cuántas horas duerme?** | |  | | |  | | **¿Duerme siesta?** | | |  | | |

**VIII. ACTIVIDADES RECREATIVAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horario de juego** | |  | | | | | | |  |  |  |  |
| **¿Cuáles son sus juegos preferidos?** | | | |  | | | | |  |  |  |  |
| **¿Con quién juega?** |  | |  |  | |  | | | | | | |
| **¿Qué actividades recreativas comparte con sus padres?** | | | | | | | |  | | | | |
| **¿Hace algún deporte o actividad dirigida? ¿Cuál?** | | | | | | |  | | | | | |
| **¿Dónde realiza la actividad dirigida?** | | | | |  | | | | | | | |

**IX. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **SI** |  | **NO** |  | **A VECES** |
| **¿Suele mostrarse seguro ante situaciones nuevas?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Se integra con facilidad a grupos de niños?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Se relaciona fácilmente con adultos?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Expresa espontáneamente sus sentimientos?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Solicita ayuda cuando la necesita?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Acepta sugerencias de otros niños o adultos?** | |  |  |  |  |  |
| **¿Cómo reacciona cuando está triste?** |  | |  |  |  |  |
| **¿Cómo reacciona cuando está bravo?** |  | |  |  |  |  |

**X. ESCOLARIDAD PREVIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿A qué edad inició su escolaridad?** | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| **¿En qué colegio?** |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
| **¿Presentó alguna dificultad especial dentro del colegio? (Especifique)** | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | |
| **¿Ha presentado rechazo para ir al colegio?** | | | |  |  | |  | | |  | |  | |
| **¿Se ha requerido la participación de algún profesional (psicólogo y/o psiquiatra) para orientarlos en la** | | | | | | | | | | | | | |
| **solución de problemas con el niño, relacionados o no con su escolaridad? Explique** | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |

**XI. OTROS HÁBITOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chupa chupón** |  |  |  | | | | |
| **Toma tetero** |  |  |  | | | | |
| **Se come las uñas** |  |  |  | | | | |
| **Chupa dedos** |  |  |  | | | | |
| **Usa pañales** |  |  |  | | | | |
| **Utiliza trapito o juguete para dormir** |  |  |  | | | | |
| **Se muerde los labios** |  |  |  | | | | |
| **Muestra tics nerviosos (Especifique)** |  |  |  | | | | |
| **¿Qué mano utiliza preferiblemente?** |  | | |  |  |  |  |
| **¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar?** |  | | |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN DE QUIEN PROPORCIONA LOS DATOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellido** |  |
| **Fecha** |  |
| **Firma** |  |