

Cuestionario inicial de escolarización

1º ciclo de Educación Infantil

Curso:

Nombre del Centro:

Su hijo o hija inicia la escolarización en la etapa de educación infantil que tienen 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:

HA ESTADO ESCOLARIZADO/A EN OTRO CENTRO (SI/NO):

NOMBRE DE LA ESCUELA INFANTIL ANTERIOR:

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? | <input type="text"/> |
| 2. ¿Dificultades en el parto? (Fórceps, ventosa, prematuro/a, etc.) | <input type="text"/> | | | |
| 3. ¿Dificultades del recién nacido? (UCI, asfixia, sufrimiento fetal, hospitalización, etc.) | <input type="text"/> | | | |
| 4. ¿Ha padecido enfermedad u hospitalización? | SI | NO | ¿Cuál o cuáles? | <input type="text"/> |
| 5. ¿Actualmente padece alguna enfermedad? | SI | NO | ¿Cuáles? | <input type="text"/> |
| 6. ¿Padece alguna alergia y/o intolerancia? | SI | NO | ¿Cuáles? | <input type="text"/> |
| 7. ¿Recibe algún tratamiento médico? | SI | NO | ¿Cuáles? | <input type="text"/> |
| 8. ¿Tiene reconocida alguna discapacidad? | SI | NO | ¿Cuáles? | <input type="text"/> |
| 9. ¿Asiste a un Centro de Atención Temprana (CAIT)? | SI | NO | ¿Cuál? | <input type="text"/> |
| 10. ¿Tiene seguimiento en neuropediatría? | SI | NO | | |

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

Desarrollo psicomotor

1. Alcanza un objeto preferido	SI	NO
2. Se pone un objeto en la boca	SI	NO
3. Se voltea boca arriba estando boca abajo	SI	NO
4. Se sienta, cogiéndose de los dedos de un adulto	SI	NO
5. Se queda sentado/a durante 2 minutos	SI	NO
6. Tira objetos al azar	SI	NO
7. Gatea	SI	NO
8. Aplauda	SI	NO

Autonomía Personal

1. Succiona y traga líquido	SI	NO
2. Extiende las manos hacia el biberón	SI	NO
3. Toma alimentos en puré cuando se los da un adulto	SI	NO
4. Come alimentos semi-sólidos cuando se los da un adulto	SI	NO
5. Cóme solo/a con los dedos	SI	NO
6. Extiende los brazos y las piernas cuando se le viste	SI	NO

Comunicación y lenguaje

1. Repite sonidos que hacen otras personas	SI	NO
2. Repite la misma sílaba 2 o 3 veces (ma, ma, ma)	SI	NO
3. Responde a los ademanes con ademanes	SI	NO
4. Cuando se le dice "no" deja de hacer la actividad que está realizando, por lo menos momentáneamente, el 75% de las veces	SI	NO
5. Imita los patrones de entonación de la voz de otras personas	SI	NO
6. Emplea una sola palabra significativa para designar algún objeto o persona	SI	NO
7. Hace sonidos como respuesta a otra persona que le habla	SI	NO

Desarrollo Social y afectivo

1. Observa a una persona que se mueve directamente dentro de su campo visual	SI	NO
2. Sonríe en respuesta a la atención del adulto	SI	NO
3. Se mira las manos, sonríe o gorjea con frecuencia	SI	NO
4. Cuando está dentro del círculo familiar, responde sonriendo, gorjeadando o dejando de llorar	SI	NO
5. Sonríe en respuesta a los gestos faciales de otra persona	SI	NO
6. Sonríe y gorjea al ver su imagen en un espejo	SI	NO
7. Le da palmaditas y le tira de las facciones al adulto	SI	NO
8. Extiende su mano hacia un objeto que se le ofrece	SI	NO
9. Extiende sus brazos a personas conocidas	SI	NO
10. Busca con frecuencia el contacto visual, cuando se le atiende de 2 a 3 minutos	SI	NO
11. Extiende un juguete u objeto al adulto y se los da	SI	NO

Desarrollo Cognitivo

1. Se quita de la cara un trapo que le tapa los ojos	SI	NO
2. Busca con la vista un objeto que ha sido retirado de su campo visual	SI	NO
3. Saca un objeto de una caja abierta metiendo la mano dentro de ésta	SI	NO
4. Se pasa un objeto de una mano a la otra para recoger otro objeto	SI	NO