



Año Académico /

Nivel

Grupo

Tutora

## DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

Lugar

DNI (si tiene)

\_\_\_\_\_

Nacionalidad

Número de Afiliación a la Seguridad Social

\_\_\_\_\_

Dirección Familiar

Teléfono Madre

Teléfono Padre

\_\_\_\_\_

Contacto en caso de necesidad

Teléfono

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de los adultos autorizados para recoger al niño/a del centro

DNI

\_\_\_\_\_

DNI

\_\_\_\_\_

## DATOS DEL PADRE

Nombre y Apellidos

DNI

Edad

\_\_\_\_\_

Profesión

Lugar de trabajo

Horario

\_\_\_\_\_

Teléfono

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

## DATOS DE LA MADRE

Nombre y Apellidos

DNI

Edad

\_\_\_\_\_

Profesión

Lugar de trabajo

Horario

\_\_\_\_\_

Teléfono

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

## HERMANOS

Nombre, edad y centro en el que está escolarizado

Lugar que ocupa entre ellos/as

\_\_\_\_\_

Otras personas que conviven en casa con el niño/a

\_\_\_\_\_



### SITUACIÓN FAMILIAR

- Vive con sus padres
- Vive con su madre
- Vive con su padre
- Otras situaciones

### LENGUA HABLADA EN CASA

- Castellano
- \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

### DATOS MÉDICOS

Vacunas

---

Alergias

---

Enfermedades

---

¿Padece alguna enfermedad crónica?

---

¿Sigue tratamiento médico?

---

¿Padece algún problema de salud que pueda afectar a sus actividad de estudio, práctica deportiva, etc...?

---

Problemas lingüísticos

---

### OBSERVACIONES



## HÁBITOS · SÓLO RELLENAR PRIMER CICLO DE PRIMARIA ·

### CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Pide ayuda?  Sí  No  A veces

¿Se limpia solo?  Sí  No  A veces

¿A qué edad tuvo el control? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dejó de orinarse en la cama por la noche? \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

¿Come solo? \_\_\_\_\_

¿Come las 5 comidas al día? \_\_\_\_\_

¿Utiliza adecuadamente los cubiertos? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna alergia o intolerancia alimenticia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentos preferidos \_\_\_\_\_

Alimentos prohibidos \_\_\_\_\_

¿Usa chupete?  Sí  No  A veces  Para dormir

### DATOS PSICOMOTORES

¿A qué edad empezó a gatear? \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a andar? \_\_\_\_\_

¿Cómo se mueve? De manera suelta, segura, torpe...  
\_\_\_\_\_

### SUEÑO

Describir cómo es su sueño

Tranquilo  Intranquilo  Insomnio  Miedo

Llantos  Pesadillas  Temores nocturnos

¿Duerme solo/a?  ¿Acompañado/a?

Comparte habitación ¿con quién? \_\_\_\_\_

### AUTONOMÍA PARA REALIZAR DIFERENTES ACCIONES

Parte dominante del cuerpo

Derecha

Izquierda

¿Sabe ponerse los zapatos y amarrárselos?  Sí  No

¿Sabe vestirse/desnudarse solo/a?  Sí  No

Sabe abotonarse  Sí  No

¿Colabora en casa?  Sí  No  A veces

¿Qué tipo de tareas realiza? \_\_\_\_\_

### DATOS LINGÜÍSTICOS

¿A qué edad empezó a pronunciar palabras? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su pronunciación? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su vocabulario? \_\_\_\_\_

¿Puede expresar lo que vivencia? \_\_\_\_\_

¿Conversan los integrantes de la familia con él/ella? \_\_\_\_\_

¿Sobre qué temas? \_\_\_\_\_

Cuando se equivoca al hablar ¿es corregido? \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES



## DESARROLLO PSICOSOCIAL

Relación con los miembros de la familia en general

---

Relación con el padre

---

Relación con la madre

---

Relación con los hermanos

---

Su estilo educativo como padres con su hijo es:

---

Consideran que su hijo/a reacciona mejor ante:

Premios  Castigo  Es indiferente

¿Qué sentimientos expresa con más frecuencia?

---

¿Cómo reacciona ante las órdenes?

---

¿Qué hace cuando le agreden?

---

¿Conoce el peligro?

---

¿Conoce el valor del dinero?

---

¿Cómo se comporta con los juegos? ¿Qué juegos prefiere?

---

¿Hace amigos con facilidad?

Sí  No      ¿Tiene amigos?  Sí  No      ¿Se muestra líder?  Sí  No

¿Busca la compañía de niños más grandes?

---

¿Con quién prefiere jugar o estar? ¿Qué hace cuando no logra éxito o gana?

---

¿Qué hace cuando desea algo?

---

¿Cómo reacciona cuando no lo/la complacen?

---

¿Qué hace cuando tiene algún problema?

---



¿A quién respeta/obedece más en el hogar?

---

¿Quién lo castiga? ¿De qué forma?

---

¿Cumple los castigos?

Siempre    A veces    Con la amenaza es suficiente

¿Todos en casa le mantienen el castigo?

---

¿Tiene rabietas? ¿En qué casos?

---

¿Qué cosas le disgustan a usted que haga?

---

¿Ve televisión? ¿Qué programas? ¿Cuántas horas diarias?

---

¿Tiene tableta/ordenador/móvil propio?

---

¿Utiliza con frecuencia alguno de los dispositivos anteriores?

---

¿A qué juega en el móvil o tablet?

---

¿Realiza alguna actividad extraescolar? ¿Cuál/Cuáles?

---

¿Alguien le lee regularmente? ¿Quién?

---

¿Suele aburrirse en casa? ¿Qué solicita con más frecuencia?

---

¿Le suelen dejar el móvil para jugar? ¿Cuántas veces al día?

---

En cuanto a su personalidad, se caracteriza por: timidez, extroversión, dependencia, valentía, distracción, miedo, atención...

---

## OBSERVACIONES