

Cuestionario para las familias

DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____



DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE DEL PADRE _____

EDAD _____

PROFESIÓN _____

TELÉFONO _____



DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE DEL MADRE _____

EDAD _____

PROFESIÓN _____

TELÉFONO _____



Cuestionario para las familias

DATOS MÉDICOS

DIAGNÓSTICO

ENFERMEDADES QUE HA TENIDO



DATOS MÉDICOS

MEDICACION

TIENE CRISIS EPILÉPTICAS



Cuestionario para las familias

DATOS MÉDICOS

PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA (ALIMENTOS, MEDICACIÓN, MATERIAL ESCOLAR)

TIENE RABIETAS ¿POR QUÉ?



DATOS MÉDICOS

OTRAS CUESTIONES QUE CONSIDERES IMPORTANTE CITAR



Cuestionario para las familias

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿QUÉ COSAS LE GUSTAN AL CONTACTO SENSORIAL?

¿QUÉ COSAS RECHAZA O NO LE GUSTA?



¿LE GUSTA QUE EL ADULTO U OTRA PERSONA LE TOQUE?

¿SE PONE NERVIOSO/A? ¿QUÉ SUELE HACER?





Cuestionario para las familias

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿LE GUSTAN LAS ACTIVIDADES DONDE SE TRABAJE EL EQUILIBRIO Y EL MOVIMIENTO?

¿LE PONE NERVIOSO/A SUBIR A ESCALERAS, HAMACAS, TOBOGANES, COLUMPIOS...?



¿LE GUSTA DAR VUELTAS SOBRE SÍ MISMO Y GIRAR LAS COSAS?



¿CÓMO SE SUELE PONER DESPUÉS?



Cuestionario para las familias

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿DEMANDA QUE LO TOQUEN, QUE LO ABRACEN O QUE LO ACARICIEN?

¿QUÉ TEXTURAS RECHAZA?



¿LE LLAMA LA ATENCIÓN TOCAR, CHUPAR... LOS OBJETOS?

¿TIENE ALGÚN OBJETO COMO CENTRO DE INTERÉS?



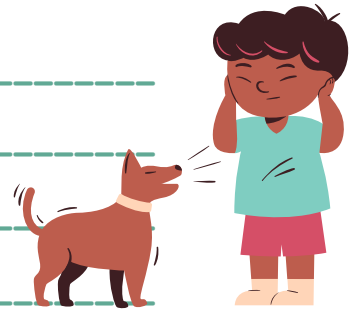


Cuestionario para las familias

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿LE MOLESTAN LOS ESTÍMULOS LUMINOSOS?

¿LE MOLESTAN LOS ESTÍMULOS SONOROS?



¿RECHAZA ALGÚN ALIMENTO POR SU COLOR, TEXTURA?

¿QUÉ HACE CUANDO NO QUIERE COMER?





Cuestionario para las familias

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿CUÁLES SON SUS ALIMENTOS FAVORITOS?

¿COME SÓLIDO O COMIDA TRITURADA?



¿RECHAZA ALGÚN ALIMENTO POR SU COLOR, TEXTURA?

¿QUÉ HACE CUANDO NO QUIERE COMER?





Cuestionario para las familias

AUTONOMÍA PERSONAL

¿RECONOCE LAS PARTES DE SU CUERPO?

¿TIENE CONCIENCIA DEL PELIGRO O ACTÚA SIN PENSAR?



¿SALE CORRIENDO EN CUALQUIER MOMENTO?

¿ES PELIGROSO QUE SALGA SOLO A LA CALLE?



Cuestionario para las familias

AUTONOMÍA PERSONAL

¿SI SE HACE DAÑO, SE CAE O SE GOLPEA LLORA O SE MANTIENE CALLADO A PESAR DEL DOLOR?

¿SE VISTE SOLO/A? ¿SABE DÓNDE VA CADA PRENDA DE VESTIR?



¿LE MOLESTA ALGÚN TIPO DE PRENDA O LAS ETIQUETAS DE LA ROPA?

¿CONTROLA ESFÍNTERES? ¿USA PAÑAL?





Cuestionario para las familias

AUTONOMÍA PERSONAL

¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A PEDIRLO?

¿QUÉ HORARIO SUELE TENER?

¿ES ESTREÑIDO/A?



¿LO PIDE O COGE AL ADULTO DE LA MANO PARA QUE LO LLEVE?

¿CÓMO SUELEN SER SUS DEPOSICIONES?





Cuestionario para las familias

MOTRICIDAD

¿TIENE UNA CORRECTA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA?

¿REALIZA LA PINZA MANUAL?

¿SE PASA OBJETOS DE UNA MANO A LA OTRA?



¿COGE LOS OBJETOS CORRECTAMENTE?

¿TIENE DIFICULTAD PARA ATARSE LOS CORDONES, SUBIRSE LA CREMALLERA, ABOTONARSE?





Cuestionario para las familias

MEDIO FÍSICO Y SOCIAL

¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTAN MÁS?

¿SE RELACIONA CORRECTAMENTE CON SUS IGUALES?

¿SE RELACIONA CORRECTAMENTE CON LOS ADULTOS?



¿COMUNICA DESEOS O PETICIONES?

¿PIDE AYUDA?





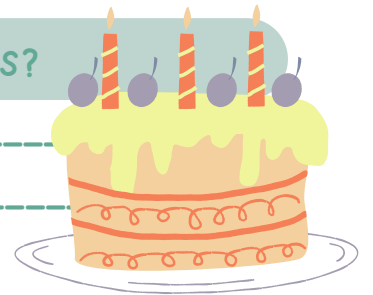
Cuestionario para las familias

MEDIO FÍSICO Y SOCIAL

¿SE ADAPTA BIEN A SITUACIONES NUEVAS?

¿RECONOCE A LAS PERSONAS CERCANAS DE SU ENTORNO?

¿DISFRUTA DE FIESTAS FAMILIARES COMO LOS CUMPLEAÑOS?



¿RECONOCE DEPENDENCIAS Y LUGARES FAMILIARES?

¿BUSCA ESTAR SOLO/A?





Cuestionario para las familias

¿NOS QUIERES APORTAR ALGUNA INFORMACIÓN IMPORTANTE?



FIRMA DE LA FAMILIA

