



## FICHA DE INFORMACIÓN FAMILIAR

### **DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### **TELÉFONOS DE CONTACTO:**

CASA: \_\_\_\_\_

TRABAJO PADRE: \_\_\_\_\_

MÓVIL PADRE: \_\_\_\_\_

MOVIL MADRE: \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

¿SE QUEDA A COMEDOR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿UTILIZA EL SERVICIO DE RUTA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA IMPORTANTE?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**DATOS FAMILIARES:**

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HERMANOS: \_\_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y EDADES DE LOS HERMANOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿VIVEN OTRAS PERSONAS EN CASA?

**DESARROLLO EVOLUTIVO**

ENFERMEDADES

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO A ALGO (medicamentos, alimentos, insectos...)? \_\_\_\_\_

¿EXISTE ALGUNA RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿QUÉ ENFERMEDADES HA PADECIDO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ALIMENTACIÓN:

¿COME SOLO? \_\_\_\_\_

¿UTILIZA LOS CUBIERTOS? \_\_\_\_\_

¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

¿TIENE BUEN APETITO? \_\_\_\_\_

¿COME ENTRE HORAS? \_\_\_\_\_

¿COME CON EL RESTO DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_ ¿CON QUIÉN? \_\_\_\_\_

¿TIENE PROBLEMAS CON LAS COMIDAS (VÓMITOS, ASCOS...)? ¿CUALES? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿QUÉ ALIMENTOS PREFIERE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CUÁLES RECHAZA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUANDO SE NIEGA A COMER ALGUN ALIMENTO ¿QUÉ HACÉIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SUEÑO:

¿CUÁNTAS HORAS DUERME? \_\_\_\_\_

¿UTILIZA CHUPETE? \_\_\_\_\_

¿DUERME SOLO EN LA HABITACIÓN? ¿CON QUIÉN? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A QUÉ HORA SE ACUESTA? ¿QUIÉN LE SUELE ACOSTAR? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA COSTUMBRE A LA HORA DE DORMIR (cuentos, balanceos, muñecos, canciones...)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿SE DESPIERTA POR LA NOCHE?, ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿LE DEJAN DORMIR EN LA CAMA DE LOS PADRES? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿HABÉIS OBSERVADO ALGUNA COSA ESPECIAL CON REFERENCIA AL SUEÑO?,  
¿CUÁL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASEO Y VESTIDO:

¿CONTROLA ESFÍNTERES (PIS Y CACA)? \_\_\_\_\_

¿USA PAÑAL POR LAS NOCHES? \_\_\_\_\_

¿SE LAVA SOLO (CARA, MANOS)? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALERGIA A ALGUN JABÓN, TOALLITA...?, ¿CUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿SE LIMPIA EL SOLO LOS MOCOS? \_\_\_\_\_

¿SE VISTE Y DESVISTE SOLO? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD (BOTONES, CREMALLERA...?, ¿CUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JUEGO:

¿JUEGA SOLO? \_\_\_\_\_

¿JUEGA CON AMIGOS O HERMANOS? \_\_\_\_\_

¿A QUE SUELE JUGAR? \_\_\_\_\_

¿SUELE JUGAR EN CASA O EN LA CALLE? \_\_\_\_\_

¿SOLÉIS PARTICIPAR EN SUS JUEGOS? \_\_\_\_\_

¿QUÉ TIPOS DE JUEGOS PREFIERE (CARRERAS, PELEAS, PINTAR, PUZZLES...? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿LE LEÉIS CUENTOS? \_\_\_\_\_

¿CUAL ES SU FAVORITO? \_\_\_\_\_

¿QUÉ OTRAS ACTIVIDADES REALIZA EN CASA (RECORTA, MODELA...)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTAS HORAS VE LA TELEVISIÓN? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES SU PROGRAMA FAVORITO? \_\_\_\_\_

¿VE LA TELEVISIÓN SOLO O ACOMPAÑADO? \_\_\_\_\_

¿TENÉIS ORDENADOR EN CASA? \_\_\_\_\_

¿LO UTILIZA EL NIÑO ALGUNA VEZ? \_\_\_\_\_



¿HACEIS EXCURSIONES? , ¿A DÓNDE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ASISTÍS A ESPECTÁCULOS?, ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO AFECTIVO-SOCIAL:

¿CON QUIÉN PASA MÁS TIEMPO EL NIÑO? \_\_\_\_\_

¿CON QUIÉN PASA LOS FINES DE SEMANA Y VACACIONES? \_\_\_\_\_

¿SE RELACIONA CON OTROS NIÑOS? \_\_\_\_\_

¿CÓMO ES ESA RELACIÓN? \_\_\_\_\_

¿LE GUSTA COMPARTIR SUS COSAS CON LOS DEMÁS? \_\_\_\_\_

¿COLABORA EN CASA?, ¿CÓMO? \_\_\_\_\_

¿QUÉ COSAS CAUSAN CONFLICTOS REPETIDOS ENTRE VOSOTROS Y VUESTROS HIJO (celos, rabietas, desobediencia...)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CÓMO SOLÉIS SOLUCIONARLO? \_\_\_\_\_

¿CÓMO DEFINIRÍAIS EL CARÁCTER DE VUESTRO HIJO (tranquilo, revoltoso, ordenado, miedoso, caprichoso, alegre...)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN FAMILIAR QUE AFECTE A VUESTRO HIJO (separación, nuevo nacimiento...)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EN CASA ¿SUELE CONTAR COSAS? \_\_\_\_\_



¿TIENE ALGÚN HÁBITO NERVIOSO (TIC, MORDERSE LAS UÑAS...?), ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD AL HABLAR?, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACTUACIONES PREVIAS A LA ESCOLARIZACIÓN:

¿TENÍA VUESTRO HIJO GANAS DE VENIR AL COLEGIO? \_\_\_\_\_

¿HABÉIS TRABAJADO EN CASA SU INCORPORACIÓN AL MISMO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTROS DATOS:

¿HA ESTADO PREVIAMENTE ESCOLARIZADO, ¿DÓNDE?, ¿CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA? \_\_\_\_\_

¿VA A ASISTIR A RELIGIÓN? \_\_\_\_\_

¿VA A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD EXTRAESCOLAR EN EL CENTRO?, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿QUERÉIS AÑADIR ALGO MAS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FDO:

(padre, madre, tutor)