



# CUESTIONARIO INICIAL NIVEL 1-2 AÑOS

## INFORMACIÓN GENERAL

### **DATOS DEL NIÑO**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_  
Fecha de incorporación \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

### **DATOS FAMILIARES**

Nombre del tutor1 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_ telf. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_  
Nombre del tutor2 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_ telf. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

### **HISTORIA FAMILIAR**

Nº de hijos y edades \_\_\_\_\_  
Lugar que ocupa \_\_\_\_\_  
Otras personas que conviven en la casa (parentesco) \_\_\_\_\_  
Situación familiar (adopción, separación, divorcio, monoparental, etc...) \_\_\_\_\_

Colabora alguna persona en el cuidado y atención del niño **SÍ** **NO**  
Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ASPECTOS SANITARIOS**

El parto fue: normal con dificultades, ¿cuáles?

Presenta algún tipo de dificultad o enfermedad a tener en cuenta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes familiares significativos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras cuestiones sobre la salud de su hijo

- ✓ algún tipo de alergia/intolerancia \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Se ha quedado sin aire en algún momento? **SÍ** **NO**
- ✓ En qué circunstancias? \_\_\_\_\_
- ✓ convulsión febril \_\_\_\_\_
- ✓ hospitalizaciones/operaciones (concretar) \_\_\_\_\_
- ✓ toma de forma habitual algún medicamento \_\_\_\_\_
- ✓ otros \_\_\_\_\_



