

**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN.
CPR FUENTE DE LA REINA.**

**Delegación Provincial de Granada.
Equipo de Orientación Educativa de Santa Fe.**

CUESTIONARIO PARA PADRES Y MADRES CURSO:

El presente cuestionario pretende recabar datos significativos para la atención individualizada de su hijo/a. Le rogamos lo cumplimente de la manera más exacta posible. Los datos de este Cuestionario son **CONFIDENCIALES** y de uso restringido exclusivamente a los profesionales directamente implicados en la educación de su hijo/a. Gracias por su colaboración, que redundará en una mayor calidad en la atención educativa de su hijo/a.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:

Nombre y Apellidos:.....
 Fecha de Nacimiento:..... Edad:años.....meses
 Lugar de Nacimiento: Sexo:.....
 Numero de Hermanos/as y edades, por orden de mayor a menor.....
 Domicilio familiar / Teléfono:.....
 Centro de Salud:.....Pediatra:.....
 En algún período del año sus padres se desplazan a otras localidades para hacer trabajos de temporada y el alumno/a les acompaña.....
 Los padres son perceptores de Salario Social u otras Ayudas:.....
 Algún hermano se encuentra o ha estado internado en Residencia Escolar o Escuela Hogar:.....
 Personas que conviven en el domicilio familiar (indicar parentesco):.....

2.- DATOS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO. (RODEE CON UN CÍRCULO LOS NÚMEROS QUE PROCEDAN)

EMBARAZO

- 1.- Normal.
- 2.- Vómitos frecuentes.
- 3.- Padece Rubéola.
- 4.- “ Intoxicación.
- 5.- “ alguna enfermedad.
- 6.- Accidentes.
- 7.- Amenaza de aborto.
- 8.- Tensiones nerviosas.
- 9.- Otras:.....
- 10.....

PARTO

- 11.- Prematuro. Nº Semanas
- 12.- Normal.
- 13.- Rápido.
- 14.- Con fórceps.
- 15.- Con ventosa.
- 16.- Cesárea.
- 17.- Anestesia.
- 18.- Otros:.....
- 19.....
-

RECIÉN NACIDO

- 20.- Normal.
- 21.- Reanimación U.C.I.
- 22.-Hospitalizado más de 15 días
- 23.- Sufrimiento fetal.
- 24.- Asfixia.
- 25.- Color morado.
- 26.- Color amarillo.
- 27.- Tomó pecho.
- 28.- Tomó biberón.
- 29.-Otros:.....

3.- DATOS DE SU DESARROLLO (RODEE CON UN CÍRCULO LOS NÚMEROS QUE PROCEDAN).

- 1.- Dificultad durante la lactancia. ¿De qué tipo?
- 2.- Dificultades del sueño. De qué tipo.....
- 3.- Enfermedad ¿Cuál?.....
- 4.- a) Convulsiones. b) Fiebres altas.
- 5.- Hospitalización. Causa:.....
- 6.- Accidentes. ¿De qué tipo? Consecuencias:.....
- 7.- Catarros frecuentes.
- 8.-Comenzó a andar a los.....
9. Primeras palabras a los.....
- 10- Controló su pipí a la edad de.....
- 11.- Si quiere anote alguna observación de interés:.....

4.- ESTADO ACTUAL DE SU HIJO/A. (RODEE CON UN CÍRCULO TODOS LOS NÚMEROS QUE PROCEDAN).

4.1. RESPECTO A SU SALUD

- 1.- Presenta dificultades visuales. De qué tipo.....
- 2.- Presenta dificultades auditivas. De qué tipo.....
- 3.- Presenta dificultades motóricas. De qué tipo.....
- 4.- Tiene tratamiento médico actual. De qué tipo.....
- 5.- Padece alguna enfermedad: alergia, asma, diabetes, epilepsia, cardiopatía, otras:
..... (rodee la que proceda)

4.2. RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN.

- 1.- Tiene problemas a la hora de comer. De qué tipo.....
- 2.- Rechaza algunos alimentos. ¿Cuáles?.....
- 3.- Respeta el horario de comidas.
- 4.- Toma la mayor parte de los alimentos triturados.

4.3 RESPECTO A SU AUTONOMÍA PERSONAL.

- 1.- Usa chupete. SI ☐ NO ☐
- 2.- Usa biberón. SI ☐ NO ☐
- 3.- Se hace pipí durante el día. SI ☐ NO ☐
- 4.- Colabora a la hora de vestirse, asearse y en las comidas. SI ☐ NO ☐

4.4. RESPECTO AL SUEÑO Y REPOSO.

- 1.- Se acuesta a las..... horas. Se levanta a las horas
- 2.- ¿Duerme siesta?..... Cuanto tiempo.....
- 3.- Se despierta frecuentemente durante la noche. SI ☐ NO ☐ ¿Por pesadillas? SI ☐ NO ☐
- 4.- Duerme solo. SI ☐ NO ☐ ¿Con quien?
- 5.- Se hace pipí durante la noche. SI ☐ NO ☐

4.5. RESPECTO A SUS DESTREZAS.

- 1.- Presenta dificultades para correr. SI ☐ NO ☐
- 2.- Presenta dificultades para subir y bajar escaleras. SI ☐ NO ☐
- 3.- Presenta dificultades para manipular objetos pequeños. SI ☐ NO ☐
- 4.- Presenta dificultades en su habla. SI ☐ NO ☐
- 5.- Presenta dificultades para comprender. SI ☐ NO ☐
- 6.- Presenta dificultades para comunicarse con otros niños. SI ☐ NO ☐
- 7.- Presenta dificultades para comunicarse con otros adultos. SI ☐ NO ☐

4.6. RESPECTO A LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES.

- 1.- Es tímido. SI ☐ NO ☐ 2.- Es miedoso. SI ☐ NO ☐ 3.- Es agresivo. SI ☐ NO ☐
- 4.- Suele ser nervioso y/o inquieto. SI ☐ NO ☐ 5.- Es distraído. SI ☐ NO ☐ 6.- Es desordenado. SI ☐ NO ☐

5.- INDIQUE SI EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD DE INTERÉS EN LA FAMILIA:

6.- INDIQUE, SI LO CREE CONVENIENTE, OTROS DATOS QUE PUEDAN SER ÚTILES, PARA UN MEJOR CONOCIMIENTO DE SU HIJO/A Y DE LOS APOYOS EDUCATIVOS QUE PUDIERA NECESITAR:

MUY IMPORTANTE

EN CASO DE DISPONER DE INFORMES MÉDICOS, DE ESPECIALISTAS, ETC. ADJUNTE FOTOCOPIA DE LOS MISMOS, POR FAVOR.

Gracias por su colaboración

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal recogidos serán objeto de tratamiento en los ficheros responsabilidad de la Secretaría Técnica de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, con la finalidad de ofrecer a los usuarios del sistema un entorno virtual de trabajo, mediante el cual se faciliten y unifiquen las tareas relacionadas con la Orientación. Pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: Secretaría General Técnica de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. Edificio Torretriana. 41071. Sevilla.

Equipo de Orientación Educativa de Santa Fe.