

No podrá asistir a la Escuela Infantil ningún niño o niña,
si la familia no ha cumplimentado y entregado
el presente **Historial**.

En los datos que les pedimos a continuación, es importante que las respuestas
sean lo más claras y precisas posibles.

No es un examen, es un intento de aproximación que nos permite conocer
al niño/a y saber por dónde empezar a trabajar, teniendo en cuenta
sus necesidades individuales.

En el apartado de observaciones, les rogamos que nos indiquen todo aquello
que sobre el niño/a o la familia crean que nos puede ser de utilidad en la escuela.

Gracias por su colaboración y por la confianza que depositan en nosotros.

Fecha de ingreso ____ - ____ - ____

Fecha de baja ____ - ____ - ____ Educador/a _____

Datos del niño/a:

Nombre _____ Apellidos _____

Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ Lugar _____

Dirección _____ C.P. _____

Teléfono _____

Tiene algún tipo de problema o discapacidad:

No ☐ Sí, física ☐ Sí, motórica ☐ Sí, sensorial ☐ Especifique _____

Datos del padre/madre o tutor/a:

Nombre _____ Edad _____ D.N.I. ____ - ____ - ____

Profesión _____ Nivel de estudios _____

Centro de trabajo _____ Horario _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono móvil _____

Datos de la madre/madre o tutor/a:

Nombre _____ Edad _____ D.N.I. ____ - ____ - ____

Profesión _____ Nivel de estudios _____

Centro de trabajo _____ Horario _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono móvil _____

Otros teléfonos en caso de urgencia:

Nº de teléfono _____ es de _____

Nº de teléfono _____ es de _____

Nº de teléfono _____ es de _____

Personas que conviven en el domicilio familiar y parentesco con el niño/a:

Padre ☐ Abuelos/as ☐ Número de hermanos/as ☐

Madre ☐ Otros ☐ Lugar que ocupa ☐

Hermanos/as**Edad**Nombre y apellidos _____ ☐Nombre y apellidos _____ ☐Nombre y apellidos _____ ☐**EMBARAZO**Duración: ☐ semanas o mesesProblemas ☐ En caso de que los hubiera, señálelos:_____
_____**Nacimiento**Tipo de parto: _____ problemas en el parto ☐en los primeros días ☐en el postparto ☐**ENFERMEDADES:** SEÑALE SI PADECE Y/O HA PADECIDO ENFERMEDADES AGUDAS, CRÓNICAS, ALERGIAS, TRASTORNOS DIGESTIVOS, ACCIDENTES, HOSPITALIZACIONES..._____

Medicamentos que toma habitualmente _____

Qué utiliza para bajarle la fiebre _____

Convulsiona o ha convulsionado con fiebre alta ☐**¡ATENCIÓN!** Alergias a algún medicamento ☐ Indíquenos a cuáles

¿Existe alguna circunstancia familiar que piense puede afectar al niño/a? señálela

_____Reciben colaboración de algún organismo (Centro de Salud, Centro de Servicios Sociales, Diputación General de Aragón...) o de alguna asociación (Cáritas, Cruz Roja, asociaciones de emigrantes...): ☐ Cuál: _____

ALIMENTACIÓN

¿Qué come?

Frutas	☐	Pescados	☐	Huevo	☐
Verduras	☐	Carnes	☐	Legumbre	☐
Lactancia materna	☐	Biberón	☐	Papillas	☐

¿Habitualmente come.....?

Potitos	☐	Chafado	☐
Triturado	☐	Troceado	☐

¿Cuánto? Considera que su hijo/a come...

Muy bien	☐	Normal	☐	Muy mal	☐
Bien	☐	Mal	☐		

¿Qué utensilios utiliza?

Ninguno, le damos nosotros	☐	Bebe en biberón	☐
Ninguno, come con la mano	☐	Bebe en vaso con adaptador	☐
Cuchara	☐	Bebe en vaso	☐
Tenedor	☐		

¿Dónde?

Sentado en la trona	☐	En brazos de los adultos	☐
Sentado a la mesa	☐	Caminando/de pie	☐
Come con toda la familia	☐	Come antes o después que los padres/madres	☐

¿Quién se encarga habitualmente? _____

¿Cuándo? Horarios y/o cuántas veces

Desayuno: _____

Comida: _____

Merienda: _____

Cena: _____

¿Toma algo a mitad de noche? _____

OBSERVACIONES: _____

Para que coma es necesario que:

Tenga juguetes	☐	No necesita nada	☐
Esté puesta la televisión	☐	Otros	☐

¡ATENCIÓN! Alergias e intolerancias a algún tipo de alimento ☐ Indique cuáles

SUEÑO

¿Dónde?

En su dormitorio solo/a ☐ En cuna ☐ En cama ☐
En dormitorio con hermanos/as ☐ En cuna ☐ En cama ☐
En el dormitorio de los padres/madres ☐ En cuna ☐ En la cama con los padres/madres ☐
Otros _____ ☐

¿Cómo se duerme?

En brazos ☐ Con chupete ☐
Se acuesta con el padre o la madre ☐ Con luz ☐
Solo/a con un muñeco ☐ Otros _____ ☐

¿Quién se encarga de acostarlo habitualmente? _____

¿Cómo lo acuestan?

Boca arriba ☐ De lado ☐ ¿Quién se encarga habitualmente?
Boca abajo ☐ Indistintamente ☐ _____

¿Cuánto tiempo duerme?

En la siesta de _____ a _____ en total unas _____ horas
Por la noche de _____ a _____ en total unas _____ horas
En otros momentos del día de _____ a _____ en total unas _____ horas
En otros momentos del día de _____ a _____ en total unas _____ horas

¿Se despierta por la noche? ☐ ¿Cuántas veces? _____

HÁBITOS DE HIGIENE

Si utiliza pañales:

Todo el día ☐
Durante la siesta ☐
Por la noche ☐

Orinal ☐

WC ☐

¿Quién se encarga habitualmente? _____

¿El baño con qué frecuencia?

Diario ☐

Cuando está sucio/a ☐

Cada dos o tres días ☐

¿Quién se encarga habitualmente?

Cada cuatro o cinco días ☐

Semanalmente ☐

DESARROLLO PSICOMOTOR:

Mantenía la cabeza a los meses

Se mantuvo sentado/a a los meses

Empezó a desplazarse por el suelo arrastrándose o gateando a los meses

Se mantenía de pie agarrado/a a los meses

No se desplaza de ninguna manera ☐

Mantiene equilibrio en la marcha ☐

A qué mes comenzó a caminar ☐

LENGUAJE

¿En que idioma o idiomas le hablan en casa? _____

Díganos si en español:

SI NO

SI NO

Mira al adulto cuando le habla ☐ ☐

Se le entiende ☐ ☐

Balbucea ☐ ☐

Se comunica con facilidad ☐ ☐

Comprende lo que le dicen ☐ ☐

Comprende órdenes sencillas ☐ ☐

Repite las palabras ☐ ☐

Conoce partes del cuerpo y de la cara ☐ ☐

Vocabulario habitual (palabras que utiliza) _____

SOCIALIZACIÓN

Tiene contacto habitual con otros/as niños/as ☐

¿Cómo se relaciona habitualmente con ellos/as? Con timidez ☐ Agresividad ☐ Juega ☐

Precisa del adulto para relacionarse..... ☐

Se deja dar besos, abrazos..... ☐

Cómo reacciona ante personas que no conoce _____

Pasa ininterrumpidamente de una acción a otra ☐

¿Cómo reacciona cuando se le contraría? _____

¿Dónde está en casa habitualmente?

Cuna ☐

Hamaquita ☐

Trona ☐

Sentado/a ☐

Parque ☐

En el suelo en mantita ☐

JUEGO

Tipo de juegos y juguetes que prefiere _____

¿Qué tipo de juguetes tiene (muñecos, coches, cocinitas, puzzles...) _____

Cuida los juguetes ☐

Reclama al adulto para jugar ☐

Comparte los juguetes ☐

¿Quién juega habitualmente con él/ella? _____

¿Cuánto tiempo ve la televisión o películas infantiles? _____

¿Cuánto tiempo usa otros aparatos tipo tablet, teléfono móvil? _____

¿Ha estado antes en otro centro? ☐ ¿Cuál? _____

¿Quién se viene ocupando del niño/a antes de su escolarización?

Padre ☐

Abuelo/a ☐

Madre ☐

Otros _____ ☐

SI NO

¿Utiliza chupete durante el día? ☐ ☐

¿Utiliza chupete por la noche? ☐ ☐

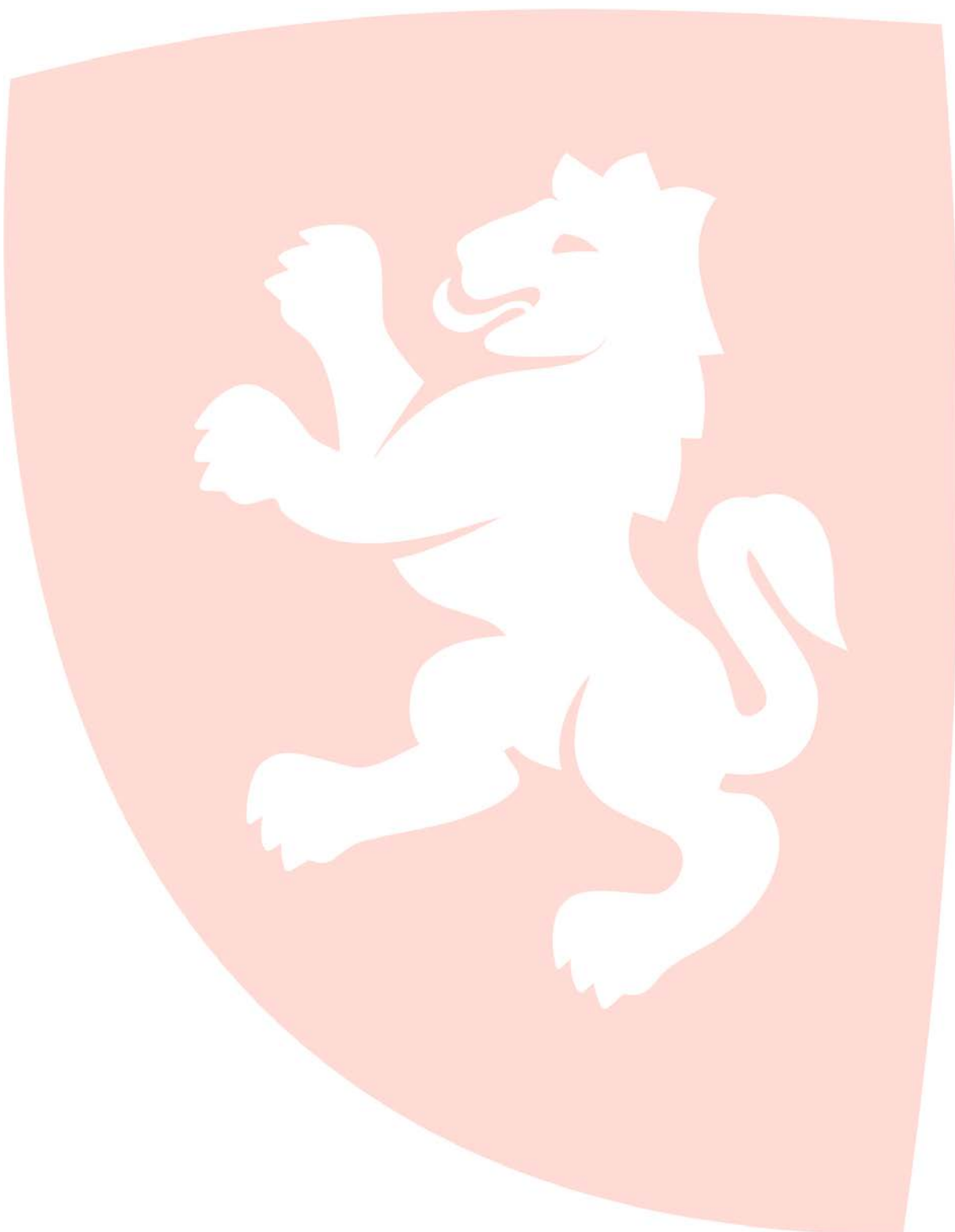
Tiene algún objeto que le acompañe y le consuele en determinados momentos ☐

¿cuál/es? _____

¿Por qué han decidido escolarizarlo/a?

OBSERVACIONES

Puede emplear esta parte para escribir cuantas observaciones estime oportuno:



Indique el nombre de las personas que pueden venir a recoger al niño/a además de los padres/madres o tutores; puede incluir cuantas personas estime oportuno, PERO NO SE ENTREGARÁN A AQUELLAS QUE NO LO ESTÉN:

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

_____ con D.N.I. nº _____

En Zaragoza a _____ de _____ de 2.0____

Firmado: _____