



## HISTORIAL EDUCATIVO

### DATOS ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____
TELÉFONO: _____ / _____ / _____	
¿Ha asistido a otro centro anteriormente?    SI    NO    En caso afirmativo, indique cual _____	
_____	

### 1. DATOS FAMILIARES

#### a. DEL PADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

Situación Laboral: \_\_\_\_\_ Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### b. DE LA MADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

Situación Laboral: \_\_\_\_\_ Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### c. **CIRCUNSTANCIAS SIGNIFICATIVAS** (padres separados, familia monoparental, fallecidos, etc) \_\_\_\_\_

En uno de estos casos el niño/a vive con: \_\_\_\_\_

Número de Hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

¿Viven en casa otros Familiares? \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema de salud familiar? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo. ¿Qué problema? \_\_\_\_\_

## 2. SALUD

Estado general de salud: \_\_\_\_\_ Vacunaciones: \_\_\_\_\_

Problemas específicos: enfermedades, alergias o algún aspecto de su salud: \_\_\_\_\_

¿Hay recomendaciones o indicaciones significativas del médico? \_\_\_\_\_

## 3. CONDUCTA EMOCIONAL-SOCIAL

¿Depende mucho de los padres?: SI NO

¿Tiene miedo a alguna cosa?: SI NO

¿Tiene pesadillas frecuentes? : SI NO

## 4. HÁBITOS

### a. Alimentación

¿Come de todo? SI NO

¿Hay que estimularlo para que coma? SI NO

### b. Sueño

¿Cuántas horas duerme por la noche? \_\_\_\_\_

Horario habitual de sueño nocturno: \_\_\_\_\_

Postura habitual en la que duerme: \_\_\_\_\_

¿Duerme sólo? SI NO En caso negativo, ¿Con quién? \_\_\_\_\_

## 5. HIGIENE

¿Se le baña todos los días? SI NO ¿a qué hora? \_\_\_\_\_

¿Quién le baña? \_\_\_\_\_

¿Le gusta bañarse? \_\_\_\_\_

¿Se le deja jugar un rato en la bañera? \_\_\_\_\_

¿Presenta alergia a algún tipo de jabón, gel, etc.? \_\_\_\_\_

## 6. CONTROL DE ESFINTERES ( según la edad)

¿Ha controlado su horario? SI NO ¿cuál es? \_\_\_\_\_

¿Lo pide? SI NO

## **7. JUEGOS**

¿Se le deja solo para jugar? SI NO      ¿Se entretiene cuando juega solo? SI NO

¿Busca la presencia de otro? SI NO

¿Qué tipo de juego prefiere? \_\_\_\_\_

¿Se le proporciona juguetes? SI NO      ¿muchos? SI NO      ¿todos a la vez? SI NO

¿Qué juguetes le gustan más? \_\_\_\_\_

¿Qué actitud tiene con los juguetes? \_\_\_\_\_

¿En el juego se manifiesta activo? SI NO

¿El padre y la madre juegan diariamente con el niño /a? SI NO

¿Suele ver la TV? SI NO

¿Hay selección previa de los programas a ver por el niño / a? SI NO

## **8. RELACIONES FAMILIARES**

¿De cuánto tiempo dispone la familia para estar juntos? \_\_\_\_\_

¿Normalmente quién le dedica más tiempo al niño /a? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con sus hermanos? \_\_\_\_\_

¿Están los padres de acuerdo en los aspectos fundamentales de la educación del niño/a? SI NO  
en caso negativo, indique cuales \_\_\_\_\_

¿Qué aspectos resaltarían de la personalidad de su hijo / a? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas en su relación con otros adultos? SI NO

## **9. VIDA RELACIONAL**

Relación con otros niños/as

¿Se le saca de paseo a lugares donde hay otros niños/as? SI NO

¿Se relaciona con otros niños/as? \_\_\_\_\_

¿Cómo es esa relación? \_\_\_\_\_ ¿es sociable? \_\_\_\_\_

Relación con los objetos y los espacios

¿Tiene un lugar determinado para jugar? SI NO

¿Los objetos de la casa están a su alcance? SI NO

¿Se retiran hasta que sea mayor? SI NO

¿Se le enseña a respetarlos? SI NO

