



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

