

## CUESTIONARIO MÉDICO-FAMILIAR

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_

**Encuesta orientativa sobre comportamiento del alumno.**

**Responde sí o no o señala el adjetivo que más describa a tu hijo:**

### CONDUCTA:

Caprichoso/a:

Tranquilo nervioso:

Movido/a:

Independiente o dependiente:

Tiene rabietas con frecuencia:

Necesita estar con algún adulto:

Es capaz de jugar solo:

Tiene miedos:

Va solo al cuarto de baño:

Duerme solo o acompañado:

Necesita de alguien o algo para dormirse:

Sueña con frecuencia o tiene pesadillas:

### ESCOLARIZACIÓN

¿Ha asistido anteriormente a alguna guardería? :

¿Cómo era la relación con los otros niños?:

**OBSERVACIONES:**

Responde

## DESARROLLO MOTOR

Mano que utiliza normalmente:

¿Tiene dificultades para correr, saltar, ...etc?

## DATOS MÉDICOS

**Enfermedades importantes:**

Intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones

Estudios médicos o psicológicos realizados:

Tratamientos a que ha estado o está sometido:

**OBSERVACIONES:**

Por favor, indique si su hijo/a es **alérgico** a alguno de estos productos:

**Betadine:**

**Cristalina:**

**Tiritas:**

**Agua oxigenada:**

**Otras:**

**Alimentos:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: