

CUESTIONARIO MÉDICO-FAMILIAR (INFANTIL)

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:

Cristalmina:

Tiritas:

Agua oxigenada:

Otras:

Alimentos:

Fecha: ____/____/____

Firma: