C.E.I.P. FRANCISCO DE GOYA Equipo de Orientación Educativa "Alcazaba"

CUESTIONARIO PARA PADRES CURSO 2023 - 2024

Le rogamos lo cumplimente de la manera más exacta posible. Gracias por su colaboración, que redundará en una mayor calidad en la atención educativa de su hijo/a. Los datos de este Cuestionario son CONFIDENCIALES y de uso restringido exclusivamente a los profesionales directamente implicados en la educación de su hijo/a. MUCHAS GRACIAS.

| 1 DATOS DE IDENTIFICACION DEL ALUMNO/A: | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Nombre y Apellidos: | | | | |
| Los padres son preceptores de Salario Social u otras Ayudas: Algún hermano del menor se encuentra o ha estado internado en Residencia Escolar o escuela Hogar: | | | | |
| Personas que conviven en el domicilio familiar (indicar parentesco): | | | | |
| 2 DATOS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO. | | | | |
| EMPARAZO PARTO PECIÉN NACIDO | | | | |

| <i>EMBARAZO</i> | PARTO | RECIÉN NACIDO |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 Normal. | 11 Prematuro. Nº Semanas | 20 Normal. |
| 2 Vómitos frecuentes. | 12 Normal. | 21 Reanimación U.C.I. |
| 3 Padeció Rubéola. | 13 Rápido. | 22Hospitalizado más de 15 |
| 4 " Intoxicación. | 14 Con fórceps. | días |
| 5 " alguna enfermedad. | 15 Con ventosa. | 23 Sufrimiento fetal. |
| 6 Accidentes. | 16 Cesárea. | 24 Asfixia. |
| 7 Amenaza de aborto. | 17 Anestesia. | 25 Color morado. |
| 8 Tensiones nerviosas. | 18 Otros | 26 Color amarillo. |
| 9 Otras: | 19 | 27 Tomó pecho. |
| 10 | | 28 Tomó biberón. |
| | | 29Otros: |

3.- DATOS DE SU DESARROLLO. (RODEE CON UN CÍRCULO LOS NÚMEROS QUE PROCEDAN)

| 1 Dificultad durante la lactancia. De qué tipo |
|---|
| 1 Dificultad durante la lactancia. De qué tipo |
| 2 Dificultades del sueño. De qué tipo |
| 3 Enfermedad ¿Cuál? |
| 4 Convulsiones y/o fiebres altas. |
| 5 Hospitalización. Causa: |
| 6 Accidentes. De qué tipo. Consecuencias: |
| 7 Catarros frecuentes. |
| 8Comenzó a andar a los |
| 9. Primeras palabras a los |
| 10- Controló su pipí a la edad de |
| 11 Si quiere anote alguna observación de interés: |

CONTINÚA DETRÁS......

4.- ESTADO ACTUAL DE SU HIJO/A.

(RODEE CON UN CÍRCULO TODOS LOS NÚMEROS QUE PROCEDAN).

| 4.1. RESPECTO A SU SALUD 1 Presenta dificultades visuales. De qué tipo |
|---|
| 4.2. RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN. 1 Tiene problemas a la hora de comer. De qué tipo |
| 4.4. RESPECTO AL SUEÑO Y REPOSO. 1 Se acuesta a lashoras. Se levanta a lashoras 2 ¿Duerme siesta?. Cuanto tiempo |
| 4.6. RESPECTO A LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES. 1 Es tímido. 2 Es miedoso. 3 Es agresivo. 4 Suele ser nervioso y/o inquieto. 5 Es distraído. 6 Es desordenado. |
| 5 INDIQUE SI EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD DE INTERÉS EN LA FAMILIA: 6 INDIQUE, SI LO CREE CONVENIENTE, OTROS DATOS QUE NO SE HAYAN SOLICITADO Y QUE PUEDAN SER ÚTILES, PARA UN MEJOR CONOCIMIENTO DE SU HIJO/A Y DE LOS APOYOS EDUCATIVOS QUE PUDIERA NECESITAR. |
| |

MUY IMPORTANTE

EN CASO DE DISPONER DE INFORMES MÉDICOS, DE ESPECIALISTAS, ETC. ADJUNTE FOTOCOPIA DE LOS MISMOS, POR FAVOR. Gracias por su colaboración