

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SENSORIALES Y PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN EDUCACIÓN INFANTIL

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PARA PADRES

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ : SEXO: H M
 F.nto: _____ Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ Año ESCOLAR: _____
 Reside en la localidad desde: _____ Fecha escolarización: _____

FAMILIA

Padre
 Edad: _____ Estudios: _____ Ocupación (específica): _____
Madre
 Edad: _____ Estudios: _____ Ocupación (específica): _____
 Domicilio: _____ Tfno: _____
 ¿Con quién ha vivido el niño/(a) durante la mayor parte del último año? Padre Madre Ambos Otros
 Otros niños/as en la familia: ¿Cuántos mayores que el actual? _____ ¿Cuántos menores que el actual? _____

ESCUELA

¿Ha asistido su hijo (a) a la Guardería o Escuela anteriormente? SI NO
 ¿Cuanto tiempo? 6 meses 1 año 2 años más
 Centro escolar actual: _____ Nivel: _____ Tutor/a: _____

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

SI NO NO LO SE OBSERVACIONES PADRES

ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD

1. ¿Tuvo la madre problemas durante el embarazo (Ej. Hemorragias 1er trimestre, diabetes, hipertensión, accidentes,...)?				¿Cuáles?
2. ¿Tomó frecuentemente la madre durante el embarazo alcohol, tabaco, medicación u otras sustancias?				¿Cuáles?
3. ¿Nació el niño/a antes de la 36 semanas de embarazo?				<input type="checkbox"/> Entre 32 y 36 <input type="checkbox"/> Antes de la 32
4. ¿Pesó al nacer menos de 2000 grs?				
5. ¿Requirió el bebe oxígeno al nacer?				
6. ¿Tuvo que permanecer el bebe en el hospital más de tres días después de nacer?				¿Cuántos días?
7. ¿Durante su estancia en el Hospital, tuvo convulsiones o se puso azul?				
8. ¿Tuvo dificultades para llorar o mamar?				
9. ¿Desde que nació, ha tenido ataques o convulsiones?				
10. ¿Desde que nació, ha tenido mareos, desmayos o pérdidas de conciencia?				
11. ¿Gateo de pequeño antes de caminar?				
12. ¿Comenzó a caminar sin ayuda más tarde que otros niños que Vd. Conozca?				
13. ¿Ha sido Hospitalizado u operado?				¿De qué?
14. ¿Toma habitualmente medicinas?				¿Cuáles?
15. ¿Conocen si es alérgico a algún medicamento u alimento?				¿A qué?
16. ¿Le ha observado frecuentemente tos nocturna o silbidos o dificultad al respirar?				
17. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades actualmente? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Crisis graves de alergia al polen <input type="checkbox"/> Crisis graves de alergia al polvo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Celiaquia <input type="checkbox"/> Dermatitis Atópica <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Otras: _____				
18. ¿Precisa tomar algún medicamento o sustancia el horario escolar?				
19. Indique, si es posible, su peso actual _____ kgs. Y su talla actual _____ cms.				
20. ¿Existen o han existido en su familia problemas graves? (Ej. separación de los padres, malos tratos, etc.)				

VISIÓN

21. ¿Su hijo/a se sienta muy cerca de la TV?				
22. ¿Su hijo/a se inclina para mirar muy de cerca dibujos o figuras?				
23. ¿Bizquea?				
24. ¿Necesitan el padres, la madre o los hermanos gafas?				¿Quién?

AUDICIÓN Y LENGUAJE				
26. ¿Su hijo/a es capaz de pronunciar la mayoría de los sonidos correctamente?				
27. ¿Su hijo/a tiene miedo de hablar?				
28. ¿Los padres le entienden claramente cuando les habla?				
29. ¿Y personas extrañas, le entienden?				
30. ¿Habló su hijo/a más tarde que otros niños que Vd. conozca?				
31. ¿Le cuesta mantener la atención cuando se le habla?				
32. ¿Observan que tartamudea?				
33. ¿ Su hijo/a pone muy alto el volumen de la TV?				
34. ¿Dice ¿que?, ¿que?, muy frecuentemente ?				
35. ¿Ha tenido o tiene con frecuencia infecciones en los oídos (Otitis)?				
36. ¿En alguna ocasión lo han diagnosticado de Otitis Media Secretora?				
37. ¿Duerme con la boca abierta, ronca o respira con la boca entreabierta?				
38. ¿Tuvo durante el embarazo rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus o Herpes?				
39. ¿Ha padecido su hijo/a Meningitis?				
40. ¿Les da la impresión de que su hijo/a tiene problemas para oír correctamente?				

¿Ha tenido o tiene su hijo/a algún otro problema que le preocupe ? ¿Cuál ? . Mencione aquí cuanto quiera hacernos observar de su hijo/a. Especialmente si necesita algún cuidado específico, dieta alimenticia especial y/o administración de medicación, o por la posibilidad de sufrir algún tipo de problema de salud agudo dentro del horario escolar.

AUTORIZO a los profesionales del Equipo de Orientación educativa (Psicólogo, Pedagogo y/o psicopedagogo, Médico y Logopeda) a realizar las exploraciones y revisiones precisas tendentes a orientar el proceso de aprendizaje de mi hijo/a.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo. (padre) : D. _____

Fdo. (madre): Dña _____