



CUESTIONARIO SOBRE EL NIÑO

Nombre del Niño			
Fecha de nacimiento			
Padre o Tutor			
Móvil		Tlf. trabajo	
Madre o Tutora			
Móvil		Tlf. trabajo	
Tlf. Domicilio		Tlf. Familiares	

HISTORIAL FAMILIAR

Nº de Hermanos		Edades		Lugar que ocupa	
Familiar con el que más se relaciona					

EMBARAZO Y PARTO

El Embarazo transcurrió (señala con una X)

Normal			
Con Complicaciones		¿Cuáles?	

El Parto fue (señala con una X)

Normal			
Con Complicaciones		¿Cuáles?	

ENFERMEDADES SUFRIDAS POR EL NIÑO

Enfermedad	Edad

¿Tiene algún problema? (señala con una X)

Auditivo		Digestivo		Visual	
Lingüístico		Motor		Respiratorio	
Alérgico					
Otros		¿Cuales?			

DESARROLLO EVOLUTIVO

Primeros dientes			
Gatea o ha gateado		Edad de inicio	
Anda		Edad de inicio	
A qué edad empezó a balbucear			
Y a decir palabras			
Controla esfínteres			
Va solo al WC			

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

Duerme con facilidad		Duerme solo	
Usa chupete		Duerme siesta	Cuánto
Come solo		Tiene buen apetito	
Come sólido		Alergia a algún alimento	
Datos de interés			