**Evaluación inicial 3 Años**

**Curso 2020-2021**

**1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:        | Apellidos:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edad:     | Fecha de nacimiento :       | Lugar de nacimiento:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Familiar** | **Nombre** | **Edad** | **Estudios** |
| Padre |       |    |       |
| Madre |       |    |       |
| Hermano/a |       |    |       |
| Hermano/a |       |    |       |
| Hermano/a |       |    |       |
| Hermano/a |       |    |       |

**Lengua de comunicación habitual:**

|  |  |
| --- | --- |
| En casa:   | Con los amigos:   |

**2. DESARROLLO EVOLUTIVO**

1. ¿Hubo dificultades en el parto?
2. ¿Ha gateado?  ¿A cuántos meses?
3. Dio sus primeros pasos a los    meses. Dijo sus primeras palabras a los    meses.
4. Construyó frases correctamente a los    meses.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DÍA | NOCHE |
| ORINA | [ ]  | [ ]  |
| HECES | [ ]  | [ ]  |

1. ¿Controla los esfínteres?
2. Fecha retirada del pañal Indique fecha aproximada
3. ¿Hay que recordarle que tiene que ir al baño?
4. ¿Duerme solo/a?  ¿Con quién?
5. ¿A qué hora se acuesta?       h. ¿Se despierta durante la noche?
6. ¿Come solo/a?  ¿Come de todo?
7. ¿Hace alguna comida con biberón?

¿Cuáles?

1. ¿Utiliza chupete?  Para dormir [ ]  Otras ocasiones [ ]
2. ¿Rechaza algún tipo de alimento?  ¿Cuál?
3. A la hora de comer: ¿se muestra inapetente, no quiere comer?

**3. DATOS MÉDICOS**

1. Alergias y/o intolerancias:

[ ]  Superadas. ¿Cuál?

[ ]  Intolerancia: no debe comer

[ ]  Alergia: no puede comer

1. Durante sus primeros años de vida, ¿ha tenido enfermedades relevantes, hospitalizaciones, cirugías,…?
2. En la actualidad ¿tiene problemas de salud y/o sigue algún tratamiento (visión, audición, motricidad,…)?
3. Durante los primeros años de vida o en la actualidad ¿ha recibido estimulación, tratamiento individual?

**4. ASPECTOS PERSONALES/EMOCIONALES**

1. ¿Qué rasgos definen más a su hijo/a? (tímido/a, sociable, inquieto/a, tranquilo/a,…)

1. ¿Tiene algún miedo?  ¿Cuál?
2. ¿Tiene alguna manía?  ¿Cuál?
3. ¿Se angustia o preocupa con facilidad?
4. Tiene frecuentes explosiones temperamentales (rabietas)

¿En qué circunstancias?

**5. JUEGO Y SOCIALIZACIÓN**

1. ¿Con quién juega? [ ]  solo/a [ ]  con hermanos/as [ ]  con amigos/as

 [ ]  con niños/as mayores [ ]  con niños/as menores [ ]  con adultos

1. ¿Cómo se relaciona con ellos/as? (necesita ayuda para iniciar el juego, es capaz de compartir,…)
2. ¿A qué juega?
* Juegos que implican atención (puzles, construcciones,…)
* Juego simbólico (cocinitas, disfraces, muñecas,…)
* Juegos que implican movimiento (pelota, bicicleta, carreras,…)
* Actividades relacionadas con el Colegio (manualidades, plastilina, pintar,…)
* Juegos tecnológicos (Tablet, TV,…)
1. ¿Ha asistido a alguna guardería?

¿Cuál?       ¿Desde qué edad?

1. ¿Cómo fue el proceso de adaptación?

**6. HÁBITOS Y RUTINAS**

1. Personas que conviven habitualmente en el domicilio familiar (mascotas incluidas)

1. ¿Quién se ocupa del niño/a cuándo no están sus padres?

¿Con qué frecuencia?

¿Se ha cambiado muchas veces a la persona encargada de cuidar al niño/a?

1. ¿Usa pantallas? (Tablet, móvil,…)

Cuántas horas/minutos al día?  horas  minutos

**7. OBSERVACIONES**

A continuación puede compartir cualquier tipo de información que pueda ayudarnos a conocer mejor a su hijo/a: