

Evaluación inicial 3 Años

Curso 2023-2024

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

- ¿Hubo dificultades en el parto? ---
- ¿Ha gateado? --- ¿Con cuántos meses?
- Dio sus primeros pasos a los meses. Dijo sus primeras palabras a los meses.
- Construyó frases correctamente a los meses.
- ¿Controla los esfínteres? ---

| | DÍA | NOCHE |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| ORINA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HECES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Fecha retirada del pañal Indique fecha aproximada
- ¿Hay que recordarle que tiene que ir al baño? ---



8. ¿Duerme solo/a? --- ¿Con quién?
9. ¿A qué hora se acuesta? h. ¿Se despierta durante la noche? ---
10. ¿Come solo/a? --- ¿Come de todo? ---
11. ¿Hace alguna comida con biberón? ---
¿Cuáles?
12. ¿Utiliza chupete? --- Para dormir Otras ocasiones
13. ¿Rechaza algún tipo de alimento? --- ¿Cuál?
14. 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
2. Durante sus primeros años de vida, ¿ha tenido enfermedades relevantes, hospitalizaciones, cirugías,...?
3. En la actualidad ¿tiene problemas de salud y/o sigue algún tratamiento (visión, audición, motricidad,...)?
4. ¿Presenta alguna discapacidad? ¿Grado?
5. Durante los primeros años de vida o en la actualidad ¿ha recibido estimulación, tratamiento individual?
6. ¿Acude a algún profesional externo?

6. HÁBITOS Y RUTINAS

1. Personas que conviven habitualmente en el domicilio familiar (mascotas incluidas)
2. ¿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? ---
3. ¿Usa pantallas? (Tablet, móvil,...)
Cuántas horas/minutos al día? horas minutos

7. OBSERVACIONES

¿Hay alguna circunstancia que piensen que pueda influir en la evolución de su hijo/a que sea necesario conocer (duelos, separaciones, episodios traumáticos,...)?

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