



CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA
Historia de vida del estudiante o la estudiante

Nombre y apellidos del o la estudiante _____

ANTECEDENTES PRE, PERI Y POST NATALES
SALUD

Número de embarazo

¿Ha presentado dificultades en otros embarazos? No Sí

Especifique: _____

Concepción: Planeada No planeada

Embarazo: Normal Con problemas

Especifique: _____

Durante el embarazo consumió: Alcohol Cigarrillos Drogas

Parto: Normal Con problemas

Especifique: _____

Lactancia: Le dio pecho Sí No ¿Cuánto tiempo? _____

¿Tuvo dificultades para mamar (succionar)? No Sí

¿Por qué razón? _____

¿Se le dio biberón? No Sí ¿Desde qué edad? _____ ¿Hasta qué edad? _____

El niño o la niña al nacer

Lloró Sí () No ()

Nació morado Sí () No ()

Cordón umbilical arrollado Sí () No ()

Problemas respiratorios Sí () No ()

Peso al nacer _____ gramos

La talla al nacer fue _____ centímetros

APGAR _____

¿A qué edad el niño/niña?

a) Sostuvo la cabeza _____

b) Se sentó solo o sola _____

c) Se puso de pie solo o sola _____

d) Gateó _____

e) Caminó _____

- f) Controló esfínteres _____
 g) Hizo las primeras vocalizaciones _____
 h) Dijo las primeras palabras _____
 i) Dijo las primeras frases _____
 j) Le salieron los primeros dientes _____

¿Tuvo problemas de pronunciación? No Sí

¿Presenta alguna malformación? No Sí

¿Cuál? _____

¿Ha sufrido algún accidente? No Sí

Requirió: Revisión médica Hospitalización

Especifique _____

Hubo alguna lesión en:

Cabeza

Extremidades superiores

Tronco

Extremidades inferiores

Otros: _____

Presenta alguna discapacidad:

Áreas	No	Sí	Especifique
Visual			
Auditiva			
Motora			
Lenguaje			
Otra			

¿Toma medicamentos antes de ir a la institución? No Sí

¿Cuál? _____ ¿Cuántas veces al día? _____

Es alérgico o alérgica a

Aspectos	No	Sí	Especifique
Alimentos			
Medicinas			
Otros			

Ha padecido o padece

Padecimientos	Sí	No	¿A qué edad?	Frecuencia
Meningitis				
Supuración del oído				
Asma				
Sinusitis				
Inflamación de amígdalas				
Convulsiones				
Bronquitis				
Desnutrición				

Fiebre de más de 40°				
----------------------	--	--	--	--

Marque con una equis (x) si el (la) estudiante ha tenido o no ha tenido lo siguiente

Aspectos	Sí	No
a. Control de crecimiento		
b. Control de vacunas		
c. Tratamiento buco-dental		
d. Exámenes de laboratorio		
e. Tratamiento médico		
f. Otros tratamientos		
Especifique		

A la hora de dormir, su hijo (a):	Sí	No
Duerme tranquilo (a)		
Tiene problemas respiratorios		
Sufre pesadillas		
Se orina en la cama		

Su hijo (a) es:	Sí	No
Cariñoso (a)		
Tímido (a)		
Nervioso (a)		
Peleador (a)		
Temeroso (a)		
Activo (a)		
Independiente		
Dependiente		
Alegre		
Triste		
Con atención dispersa		
Comunicativo (a)		
Amistoso (a)		
Obediente		

Manifiesta temor a	Sí	No
Ruidos		
Oscuridad		
Animales		
Alturas		
Soledad		
Personas		
Otros _____		

¿Su hijo o hija llora con frecuencia?

No Sí ¿Por qué? _____

Tiende a usar la mano: Derecha Izquierda

Prefiere jugar: Solo (a) En grupos

¿Qué actividades le gusta a su hijo o hija realizar en el tiempo libre? ¿Cuáles son sus juegos preferidos?

¿Dispone usted de tiempo para jugar con su hijo (a)?

Mucho Poco Nada

¿Su hijo (a) ve televisión? No Sí

¿Cuánto tiempo diariamente? _____

¿Cuáles programas? _____

Describa cómo se relaciona su hijo (a) con:

§ Los adultos que viven en el hogar:

§ Los amigos:

Cuando su hijo (a) riñe con sus hermanos (si los tiene) o con sus compañeros o compañeras, ¿cómo interviene usted?

¿Qué normas establece para el comportamiento de su hijo o hija?

¿Cómo las ha establecido?

Cuando sale con su hijo o hija, ¿se ve en la obligación de resolver problemas más graves que cuando está en la casa? (por ejemplo, en la tienda, el mercado, el cine y otros).

No Sí ¿Qué problemas? _____

¿Qué opinan la madre y el padre sobre el hijo (a)? ¿Qué concepto tienen de él o ella?
