

o ¿Comportamiento con la bebida (tubo) / duración? _____

o Otras estancias hospitalarias o anomalías:

Datos bancarios: Kreissparkasse FlottweilIBAN : DE08 6425 0040 0000 1870 57
Volksbank RottweilIBAN : DE81 6429 0120 0028 4930 01

BIC: SOLADES1 RWL
BIC: GENODES1 VRW

ENFERMEDADES

o infecciones frecuentes (por ejemplo, infección del oído medio, sinusitis...)

o Bronquitis crónica

o Operación/es, ¿cuáles y cuándo? _____

o Medicamentos, ¿cuáles? _____

o Otras enfermedades, ¿Cuál? _____

SITUACIÓN FAMILIAR

o Hermanos sí/no (número y edad) _____

o ¿Quién cuida principalmente del niño ? _____

__a Posibles cargas familiares: sí no

o Antecedentes familiares (alergias, TDAH...) _____

O Enfermedades de los padres (por ejemplo, depresión) _____

O Separación de los padres _____

O _____ Experiencias traumáticas

DESARROLLO DE SU HIJO

¿En qué momento podría su hijo pasar de la espalda al estómago o viceversa? _____

¿En qué mes podría su hijo:

Arrastrándose _____

MesSentado _____

MesCorrer __ Mes

¿Cuánta alegría de movimiento muestra su hijo (1=poco, 6=siempre se mueve)?

1

2

3

4

5

6

¿Cómo reacciona su hijo ante materiales como arena, barro y comida en las manos? o gran aversión o no le molesta o no le molesta en absoluto

¿Su hijo tropieza a menudo?

o mucho normal o apenas

¿Es su hijo sensible al dolor?

o sehero normal o apenas

¿Es hábil el niño en la motricidad fina? (dibujar, recortar, apilar, agarrar) o diestro
o normal o tiene problemas

¿Su hijo se pone enfermo rápidamente cuando conduce o se
balancea?' a menudo casi nunca

¿Recuerdas las fases del balbuceo y las vocalizaciones de tu hijo? Fases
del balbuceo _____ Mes
Fuerte _____ Mes

¿Cuándo pronunció su hijo la primera palabra? _____ Mes

¿Cuándo pronunció su hijo frases de dos palabras (por ejemplo,
"tener una pelota")? _____ Mes

¿Su familia es multilingüe? o no o sí

En caso afirmativo, ¿cuál es la lengua materna? _____

¿Nota algo inusual en la pronunciación de su hijo? o no o sí

Si es así, ¿qué? _____

¿Tiene la impresión de que su hijo oye bien? o no o sí

¿Su hijo saliva en exceso? ¿Le gusta hablar
mucho? o no o sí
o no o sí

Comportamiento alimentario y de consumo de
alcohol o normal o llamativo

¿Su hijo responde y pone en práctica los nombres y las
indicaciones? o siempre o casi siempre o casi
nunca o nunca

Su hijo va a la guardería†. o no o sí

En caso afirmativo, ¿desde cuándo y en cuáles? _____

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo?

o enérgico o equilibrado o particularmente

tranquilo ¿Su hijo permite el contacto físico? o no o sí o

mucho o poco ¿Su hijo tiene contacto con otros niños?

o no o sí En caso afirmativo,

¿cómo es este contacto?†

¿Qué comportamientos especiales tiene su hijo?

¿Es su hijo valiente? o noo sí

¿Su hijo siente curiosidad e interés? o noo sí

¿Muestra perseverancia en el juego y en las actividades? (por ejemplo, ¿puede terminar lo que ha empezado?) ¿Cuáles son los juegos favoritos de su hijo? o no o sí

¿Con quién juega su hijo?

¿Qué habilidades, destrezas y preferencias especiales tiene su hijo?

¿En qué situaciones cotidianas es ya independiente su hijo?

o Lavarse Vestirse o Camino a la guardería

o Otros _____

¿Qué otras actividades de ocio realiza su hijo?

o Gimnasia materno-infantil Grupo de niños pequeño Grupo Pekip a Escuela de música

o Gimnasia infantil a Otros _____

¿Qué medidas y encuestas se han llevado a cabo hasta ahora?

o Centro pediátrico sociala Intervención precoza Prueba de audición
o Examen ocular

o Logopediayo Terapia ocupacionalya Fisioterapia

o Otros centros de asesoramiento _____ o Otros _____

¿Existe algún tipo de ayuda (silla de ruedas, órtesis, gafas, audífono...)? o sí

ü no

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

¿Por qué inscribió a su hijo con nosotros?/ ¿Qué le preocupa?

Lugar, fecha

Firma