**cuestionario para padres – EDUCACION INICIAL Y KINDERGARTEN**

Es muy importante para nosotros conocer a los niños y niñas que postulan a nuestra institución educativa a través de sus padres. Es por esta razón, que les pedimos que completen el siguiente cuestionario.

**Nombre y apellidos del niño o niña**

Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Lengua materna Segundo idioma

Persona que responde el cuestionario

**Nombre y apellidos de la madre**

Nacionalidad Lengua materna

Correo electrónico Teléfono de casa Celular

Ocupación Horario de trabajo

Estado civil Casada ( ) Divorciada ( ) Separada ( ) Viuda ( ) Soltera ( )

**Nombre y apellidos del padre**

Nacionalidad Lengua materna

Correo electrónico Teléfono de casa Celular

Ocupación Horario de trabajo

Estado civil: Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viudo ( ) Soltero ( )

**Nombre, edad, y centro de estudios de los hermanos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Edad | Centro de estudios |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Personas con las que vive el niño o niña

Nombre de las ciudades en las que ha vivido su hijo o hija y el tiempo de permanencia en cada una de ellas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ciudad | Tiempo de permanencia | Desde | Hasta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

¿Ha habido alguna dificultad durante el parto, embarazo o desarrollo de su niño o niña hasta el momento actual? Si es así, por favor explique:

¿Toma su niño o niña algún medicamento? Si ( ) ¿Cuál?

No ( )

¿Tiene algún problema de salud que el colegio deba conocer? (alergias a algún alimento, etc.) Sí ( )

No ( )

Si es así, por favor explique y adjunte documentación.

¿Ha tenido el niño o niña enfermedades o accidentes de consideración? Si ( ) No ( )

Si es así, por favor explique

¿Ha sido hospitalizado/a? Si ( ) No ( ) Si ha sido hospitalizado/a, por favor explique

¿Cómo describiría usted a su hijo o hija? ¿Qué características lo/a representan mejor? ¿De qué manera considera que su hijo o hija es único o única?

Mencione las áreas de fortaleza o aspectos en los que considera que su hijo o hija necesita apoyo

|  |  |
| --- | --- |
| Áreas de fortaleza | Áreas en las que necesita apoyo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

¿Qué actividades su hijo o hija disfruta de realizar independientemente?

¿Qué actividades realiza con usted?

¿Qué actividades su hijo o hija disfruta de realizar con ustedes?

¿Qué actividades promueve o fomenta usted para que su hijo o hija realicen independientemente?

¿Quién cuida de su hijo o hija la mayor parte del tiempo?

¿Quién cuida a su niño o niña usualmente?

¿Cómo es un día típico en la vida de su niño o niña?

Su niño o niña asistió a: Nido ( ) Guardería ( ) Colegio ( ) No asistió a ninguna institución educativa ( )

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y ciudad del centro educativo | Fecha de asistencia (Desde - Hasta) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿A qué edad dijo las primeras palabras? | |
| ¿Pide a veces que se le hable más fuerte? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Ocasionalmente es necesario repetir instrucciones? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Alguna vez se le ha realizado un examen de audición? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Ha sido evaluado por un oftalmólogo? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Usa lentes? | | | | | | Si ( ) No ( ) ) |
| ¿Tiene algún problema visual? | Si ( ) No ( ) | | ¿Cuál? | |
| ¿Edad a la que caminó independientemente? | | | | |
|  |  | | |  |  | |
| ¿Usa o ha usado zapatos ortopédicos? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Se cae con frecuencia? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Se cansa fácilmente al caminar? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Derrama líquidos o se le caen objetos al momento de cogerlos? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
| ¿Reacciona de manera negativa a los sonidos fuertes? | | | | | | Si ( ) No ( ) |
|  | | | | | |  |
| ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse? | | | | | | Si ( ) No ( ) |

¿Tiene facilidad para realizar actividades físicas como saltar, correr, trepar, etc.? Si ( ) No ( )

Explique por favor

¿Hace siesta? Si ( ) ¿Cuánto tiempo? No ( )

¿A qué hora se acuesta?

¿Con quién duerme su hijo o hija?

¿Se despierta con frecuencia en la noche? Si ( ) No ( )

¿Interactúa fácilmente con otros niños? Si ( ) No ( )

¿Se distrae fácilmente? Si ( ) No ( )

¿Usa pañales? Si ( ) No ( ) Sólo de noche ( )

¿Edad en la que los dejó?

¿Usa el baño solo? Si ( ) No ( )

¿Alguna vez ha sido evaluado/a por un especialista (terapista de lenguaje, psicólogo, etc.)? Si ( ) No ( ) Explique por favor

¿Ha recibido algún tipo de apoyo dentro o fuera del centro educativo (lenguaje, sensorial, ocupacional, atención-concentración, motricidad, emocional, etc.)? Si ( ) No ( )

Refiera nombre del terapeuta y explique por favor :

¿Ha habido algún evento importante en la vida de su hijo o hija que lo puede haber impactado (por

ejemplo: nacimiento de un hermanito, hospitalización de algún familiar, fallecimiento de algún familiar

o amigo, cambio de nana,)? Si ( ) No ( )

Explique por favor:

¿Su hijo o hija ha asistido al FDR Summer/Winter Camp? Si ( ) ¿En qué año? No ( )

¿Por qué ha decidido escoger el Colegio Roosevelt para la educación de su hijo o hija?

Si necesitáramos mayor información, el Colegio Roosevelt se volverá a comunicar con ustedes.

**¡Gracias por tomarse el tiempo para responder este cuestionario!**