



# Conociéndote

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Yo tengo \_\_\_\_\_ hermanos y \_\_\_\_\_ hermanas. Sus nombres son: \_\_\_\_\_

¿Como describe la personalidad de su hijo? \_\_\_\_\_

Ha estado su hijo/a en una escuela o centro de cuidado antes: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si contesta si favor describir razón por la que transfirió a su hijo/a a otra escuela:

Tiene su niño/a una rutina establecida en la casa? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Hay algunos juguetes, sábanas, o artículo especial que su niño/a necesite para calmarse o usarlo durante el día para que se concentre: \_\_\_\_\_.

Esos artículos tienen un nombre en específico \_\_\_\_\_.

Tiene su niño/a algún problema de salud? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No. Si es si favor describa con detalle,

Necesita su niño/a medicamentos diariamente mientras este en la escuela? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No.

Si es si favor describa que tipo de medicamento, frecuencia de administración. (Tenga en cuenta: que todos los medicamentos tienen que estar en su envase original y deberá completar un formulario de medicamento).

Nombre de Medicamento	Frecuencia de administración	Iniciales de la enfermera en turno	Notas

¿Padece su niño/a de alergias? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No, Si es si favor hacer una lista:

Alergia	Reacción	Procedimiento	Notas

¿Ha tenido su niño/a alguna de las siguientes enfermedades transmisibles? Varicela, sarampión, paperas, por favor indique cualquier otra: \_\_\_\_\_.

¿Su hijo es propenso a: Malestar estomacal, Resfriados, Alergias estacionales, Dolores de oído, Dolores de cabeza, Dolores de garganta, Sangrados de nariz, ¿otros?

¿Hay algún indicio de problemas de audición o visión? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad reciente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_.

Su hijo tiene un plan educativo individualizado (PEI) \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Describa su plan de respaldo si su hijo está enfermo y no puede asistir o se enferma y debe ser recogido \_\_\_\_\_.

¿Cuáles son los hábitos alimentarios de su hijo? (a prueba cosas nuevas, horarios de comida, etc.) \_\_\_\_\_.

¿Cuáles son los hábitos alimentarios habituales de su hijo/a: marque con un círculo todo lo que corresponda:

**silla alta de comer, asiento elevado, se alimenta solo, usa utensilios, biberones, vaso con sorbete, vaso normal, otros \_\_\_\_\_.**

¿Su hijo come sin ayuda? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Le gusta a su hijo/a comer? \_\_\_\_

¿Tiene su hijo una dieta especial? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Debido a los gustos, alergias, reacciones y/o creencias religiosas de su hijo, ¿Hay algún alimento que no se le debe servir a su hijo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No.

Por favor enumere estos alimentos. \_\_\_\_\_.

¿Comidas favoritas: \_\_\_\_\_

¿Comidas que le disgustan: \_\_\_\_\_

¿Cómo “recompensas” a tu hijo? \_\_\_\_\_

¿Cómo “disciplinas” a tu hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus expectativas de este programa? \_\_\_\_\_

---

Reuniones de padres/maestros: día de la semana y horario que prefiere:

**Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes**

**AM/PM**