

## CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN.

FECHA DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO \_\_\_\_\_  
LUGAR/ES DE  
APLICACIÓN \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

Nombre del niño/a	
Edad	Años____ Meses____
Fecha de Nacimiento	día____ mes____ año____
Sexo	masculino____ femenino____
Escolaridad	
Nombre del padre	
Nombre de la madre	
Zona de residencia ( municipio)	

### DATOS DE DESARROLLO DEL NIÑO/A

Problemas en embarazo de la madre	si__ no__ cuál_____
Problemas durante el parto	si__ no__ cuál_____
Parto único o múltiple	Único____ múltiple____ cuántos
Hijo único o lugar que ocupa en la familia	Único__ N° de Hermanos____ H____ M____ Lugar que ocupa ____
Tiempo de leche materna	Meses____
Alergias	Si__ no__ a qué_____
Enfermedades	
Edad en que comenzó a andar	Meses____
Edad de control de esfínteres	Si__ no__ aún moja la cama por la noche____

Problemas con la atención	Si__ no__ cuál_____
Problemas con la imitación	Si__ no__
Problemas con seguir instrucciones	Si__ no__
Problemas de lenguaje	Si__ no__
Algún otro problema observado	
Relación con la familia (hermanos, padres, primos, entre otros)	
Edad de ingreso a guardería	
Edad de ingreso a jardín de niños	
Edad de ingreso a escuela regular	
Observaciones de los maestros	
Recomendaciones de los maestros	
Relación con compañeros	

Respeto de normas	
Otras observaciones escolares	