

RECOGIDA DE INFORMACIÓN NIVEL 1-2 AÑOS

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORARIO:

- **ALIMENTACIÓN**

¿Le gusta probar alimentos nuevos?

¿Dónde se le da de comer? (brazos, trona, mesa, etc.)

Actitud del niño/a ante la rutina de la comida

Tipo de alimentación: puré - sólido

Cantidad: poco – medio – mucho

¿Come solo un plato? ¿primero y segundo? ¿toma fruta, cuáles?

Alimentos que más y menos le gustan:

¿Comen solos? ¿manipulan la cuchara?

¿Tiene alergias a algún alimento?

Observaciones:

- **SUEÑO:**

¿Tiene alguna dificultad ante la rutina de sueño?

¿Cómo se despierta?

¿Tiene un hábito de sueño estable?

Hora a la que se levanta por la mañana:

¿Duerme a media mañana? ¿cuánto tiempo?

¿Duerme siesta? ¿cuánto tiempo?

¿A qué hora se suele dormir por la noche?

¿Algún objeto para dormir?

¿Duerme con chupete, objeto, muñeco, etc.?

¿Postura al dormir?

¿Dónde duerme? (cama, cuna, colecho).

Observaciones:

- **HIGIENE**

¿Se mantiene tranquilo en el momento del cambio?

¿Colabora en los momentos de su higiene?

¿Le incomoda mancharse?

Deposiciones: duras, blandas

¿Se irrita la zona del pañal?

Observaciones:

- **ENFERMEDADES:**

Enfermedades que ha padecido o padece:

¿Ha sido necesario hospitalizarle alguna vez?:

¿Tiene algún tipo de alergia?:

¿Toma alguna medicación?:

- **JUEGO**

¿Tiene preferencia por algún juguete? ¿cuál, cómo lo usa?
¿Cuál es la actividad que más le gusta?
¿Necesita la presencia de un adulto en el juego?
¿Juega solo?
¿Se relaciona con otros niños/as?
¿Cómo responde a la hora de quitarle o compartir un material?
Observaciones:

- **DESARROLLO MOTOR**

¿Gatea?
¿Tiene adquirida la marcha?
¿Se pone de pie solo/a? ¿con apoyo?
¿Camina apoyándose en objetos o mobiliario?
¿Camina solo?
¿Mantiene bien el equilibrio?
¿Se cae con facilidad?
¿Apoya las manos al caerse?
Observaciones:

- **LENGUAJE**

¿Cómo se comunica? (gesto, llanto, sonidos, etc.)
¿Emite palabras? ¿cuáles?
Observaciones:

- **RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS**

¿Con quién está la mayor parte del tiempo?
¿Cómo reacciona ante personas desconocidas?
¿Cuánta atención exige por parte del adulto?
¿Cómo reacciona ante el contacto físico con otros adultos?
¿Cómo reacciona compartiendo espacio con otros niños/as?
Observaciones:

- **PERSONALIDAD**

¿Qué destacarías de la personalidad de tu hijo/a?
¿Cuáles son las situaciones frecuentes en las que el niño/a se siente frustrado?
¿Qué situaciones le generan temor, malestar angustia, etc.?
¿Cómo reacciona ante el cambio de espacios?
Cuando llora, ¿qué le calma?
¿Cuáles son los momentos que más disfruta?
Observaciones: