

A continuación aparecen algunos de las cosas que los/as niños/as de esta edad suelen hacer. Si cree que su hijo o hija las hace alguna vez, o cree que se comporta como se indica, marque la columna “SI”. Si nunca ha visto a su hijo o hija hacer o comportarse como se indica, marque la columna “NO”. Solamente en caso de duda, en que no pueda responder *SI* o *NO*, puede marcar la columna “NO SÉ”

Por favor, tómese tiempo para observar a su hijo/a y responder este cuestionario. Su colaboración y sinceridad es muy importante.

Fecha de hoy:

Nombre:

Fecha de nacimiento: Teléfono de contacto:

	SI	NO	NO SÉ
-Se mantiene sentado sin apoyarse en las manos			
-Coge cosas, una o dos			
-Tiene alguna forma de alcanzar los objetos: p.ejem. voltea, reptar, gatear			
-Se pone de pie agarrándose			
-Señala las cosas que desea			
-Junta los objetos delante para jugar con ambas manos			
-Imita gestos del adulto			
-Anticipa hechos conocidos que van a ocurrir (sabe cuándo se va a la calle, cuándo va a comer)			
-Mira con atención los objetos			
-Repite los sonidos			
-Echa los brazos para que lo cojan			
-Participa en juegos de cucú-tras			
-Llora o se inquieta si falta la madre o ante la presencia de extraños			
-Hace el gesto de adiós			
-Repite actos que han causado risa o sorpresa			
-Ante una prohibición detiene su acción (se para cuando le decís: “no”)			
-Se ríe a carcajadas			
-Llora cuando quiere que le hagan o den algo, o que lo cambien de postura			
-Responde a su nombre			
-Obedece órdenes sencillas			
-Entrega el objeto cuando se le dice “dámelo” con la mano extendida			
-Imita palabras y sonidos			

	SI	NO	NO SÉ
-Dice “papá” y “mamá” para referirse o llamar a papá o mamá			
-Sujeta y bebe en un biberón			
-Mastica una galleta u otros alimentos			
-Se muestra casi siempre irritable			
-Es difícil de calmar			
-Se interesa por lo que le rodea			
-Vomita con frecuencia			
-Problemas con el sueño			
-Nació prematuro/a o con bajo peso			
-Tuvo problemas de salud en el nacimiento o después			

¿Cuáles?

Observaciones (cualquier cosa que quiera añadir, o comentar sobre su hijo o hija, algo que le preocupa, alguna situación familiar difícil por la que atraviesen o que dificulte la crianza de su hijo/a ...)

.....

.....

.....

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

A completar por la educadora de la Escuela Infantil:

- Alguna conducta o aspecto característico de el/la niño/a a destacar
.....
.....
- Preocupación o ansiedad familiar por algún aspecto del desarrollo o la crianza de el/la niño/a .
.....
.....
- Relación con los iguales
.....
.....

Mediante la entrega de este cuestionario completado, manifiesto mi conformidad con el intercambio de información sobre mi hijo/a entre la Escuela Infantil y el Centro de Atención Temprana.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, quedo informado de que los datos recogidos en este cuestionario serán utilizados, bajo la responsabilidad del CDIAT, únicamente para la corrección del mismo e información a la familia. Puede ejercer sobre ellos en el propio CDIAT su derecho de acceso, rectificación o cancelación, en su caso.