

Nombre y apellido del alumno:

Sala:

Cuestionario para el pediatra

El objetivo de este breve cuestionario es relevar la evolución integral del niño. De esta forma podrán conocerse los cambios ocurridos de un año a otro y tenerse en cuenta al momento de iniciar un nuevo ciclo escolar. Deberá ser completado por el pediatra de cabecera del alumno ya que es quien posee la información precisa para responderlo y será entregado a la docente de sala junto con la ficha médica del ciclo lectivo en curso.

MOTRICIDAD

- El niño puede caminar y/o correr de acuerdo a lo esperable para su edad: **SÍ NO**
Si la respuesta es no, especificar detallando también modos de ayuda sugeridos al docente

- El niño puede manipular objetos con sus manos **SÍ NO**
Si la respuesta es no, especificar detallando también modos de ayuda sugeridos al docente

- Puede tomar y manipular objetos pequeños (ej: tomar lápices) **SÍ NO**

OÍDO Y VISTA

- Se le ha realizado al niño alguna vez una audiometría **SÍ NO**
En caso de que la respuesta sea SÍ, especificar cuándo y si el resultado ha dado parámetros normales de escucha.

En caso de que la respuesta sea NO, consignar si el niño escucha adecuadamente

- El niño posee alguna alteración en la escucha **SÍ NO**
En caso de que la respuesta sea SÍ, consignar diagnóstico y tratamiento.

- Se ha evaluado alguna vez en el niño la visión **SÍ NO**
En caso de que la respuesta sea SÍ, especificar cuándo y si el resultado ha dado parámetros normales de visión.

En caso de que la respuesta sea NO, consignar si el niño ve adecuadamente

- El niño utiliza anteojos **SÍ NO**
Si la respuesta es SÍ, especificar el diagnóstico

LENGUAJE

- El niño habla **SÍ** **NO**

Si respondió SÍ, subrayar si se trata de *palabras sueltas, frases o lenguaje completo*.

- Si respondió NO, especificar si el niño posee algún trastorno del lenguaje **SÍ** **NO**
Detallar diagnóstico y tratamiento, en caso de que se haya marcado SÍ.

MADURACIÓN

- El niño ha logrado el control de esfínteres diurno **SÍ** **NO** **EN PROCESO**
 - El niño ha logrado el control de esfínteres nocturno **SÍ** **NO** **EN PROCESO**
- En caso de marcar SÍ, indicar cuándo a continuación (MM/AAAA).

Observaciones o comentarios:

- Tiene comportamientos llamativos durante la consulta pediátrica (ej: se mueve de manera atípica y/o excesiva, se pone a llorar sin motivo, se lo ve nervioso, asustado, enojado, etc.)
- El niño ha experimentado algún cambio o acontecimiento significativo en este último tiempo que haya alterado su rutina o producido alguna reacción atípica en él (ej: mudanza, alteración de la situación familiar, enfermedad/accidente/fallecimiento de alguien cercano, conductas anormales, etc.) **SÍ** **NO** En caso de que la respuesta sea SÍ, especificar.

Comentarios y/u observaciones para el docente sobre el niño para el desenvolvimiento en el jardín: _____

Fecha: / /

**¡¡Muchas gracias por su
colaboración!!**

Departamento de Orientación -
Colegio Santiago Apóstol

Firma y aclaración del profesional tratante