

HISTORIA PERSONAL — EDUCACIÓN INFANTIL

1. DATOS DEL ALUMNO / ALUMNA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
SEXO ☐ Niña ☐ Niño	CURSO ESCOLAR	TUTOR/A

Datos de Nacimiento

FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS	NACIONALIDAD	LUGAR DE NACIMIENTO
IDIOMAS QUE SE HABLAN EN CASA			

Datos de Contacto

DIRECCIÓN (CALLE, PLAZA, AVDA.)	Nº	ESCALERA	PISO	PUERTA
PAÍS	LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO MADRE	TELÉFONO PADRE	OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO		

2. DATOS FAMILIARES

Madre / Tutora Legal

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN / ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO
SITUACIÓN LABORAL		LUGAR DE TRABAJO (EN CASO AFIRMATIVO)	

Padre / Tutor Legal

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN / ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO
SITUACIÓN LABORAL		LUGAR DE TRABAJO (EN CASO AFIRMATIVO)	

Estado Civil de los Padres (Marcar las casillas cuando proceda)

No convivencia por motivos de separación, divorcio o situación análoga	☐
¿Existe limitación de la patria potestad de alguno de los progenitores?	☐
Adjunta documentación (Especificar SÍ / NO)	
Casados	☐
Unión de hecho	☐
Viudo/a	☐
Otros	

Personas con las que vive el Alumno en Casa (marcar aquellas que se produzcan)

Madre y Padre	☐
Madre	☐
Padre	☐
Abuelos	☐
Tíos	☐
Otros	☐

Situaciones familiares particulares

Situaciones que hayan podido afectar a su hijo/a (Separaciones, enfermedades, muertes, cambios de vivienda, cambios de país, etc.)

GUARDERÍA / COLEGIO DE PROCEDENCIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
------------------------------------	-----------	----------

Hermanos / as

Nº DE HERMANOS/AS	LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS/AS	EDADES DE LOS HERMANOS/AS
¿CUÁNTOS HERMANOS/AS ACUDEN A ESTE CENTRO?		NIVEL O CURSO EN EL QUE ESTUDIAN

LINGUA/S QUE SE HABLA EN CASA CON EL NIÑO/A
RESPONSABLE EN CASO DE AUSENCIA DE LOS PADRES NOMBRE COMPLETO: _____ TELÉFONO: _____

3. ASPECTOS SANITARIOS

Embarazo

COMPLICACIONES EN EL PROCESO DE EMBARAZO	DURACIÓN	ESTADO AL NACER	INCUBADORA (SÍ/NO)
--	----------	-----------------	--------------------

Enfermedades

GRAVES O SIGNIFICATIVAS	¿HA ESTADO HOSPITALIZADO? ¿CUÁNTO TIEMPO?	ENFERMEDADES MÁS REPETIDAS	OPERACIONES
-------------------------	---	----------------------------	-------------

Otras Consideraciones Médicas

VISIÓN (BIEN / MAL)	AUDICIÓN (BIEN / MAL)	ALERGIAS	PRÓTESIS (AUDÍFONOS, PLANTILLAS, CORSÉ...)
¿ESTÁ VACUNADO? (SÍ / NO)			

4. HÁBITOS

Higiene

CONTROLA ESFÍNTERES Y/O DEFECACIÓN (SÍ/NO)	DIURNO / NOCTURNO	ES AUTÓNOMO/A PARA IR AL BAÑO (SÍ/NO)
OBSERVACIONES		

Sueño

HORA A LA QUE SE ACUESTA	HORAS QUE DUERME	¿DUERME CON FACILIDAD? (SÍ/NO)
TIPO DE SUEÑO ☐ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Terrores nocturnos / Pesadillas		
¿COMPARTE HABITACIÓN? (SÍ/NO)	¿CON QUIÉN COMPARTE HABITACIÓN?	¿LLEVA CHUPETE EN ALGÚN MOMENTO? (ESPECIFICAR)

Alimentación

SÓLIDO (SÍ/NO)	TRITURADO (SÍ/NO)	COME SOLO (SÍ/NO)
UTILIZA CUBIERTOS: CUCHARA, TENEDOR (SÍ/NO)	TIENE BUEN APETITO (SÍ/NO)	COME DE TODO (SÍ/NO)
ALIMENTOS QUE PREFIERE	ALIMENTOS QUE RECHAZA	
PROBLEMAS DE: MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN, DIGESTIÓN, OTROS		
OBSERVACIONES DE ALIMENTACIÓN		

Autonomía al realizar diferentes acciones

VESTIRSE ☐ Solo ☐ Con ayuda	DESNUDARSE ☐ Solo ☐ Con ayuda	HIGIENE PERSONAL (MANOS, DUCHA...) ☐ Solo ☐ Con ayuda	ORDENAR SUS COSAS ☐ Solo ☐ Con ayuda
OBSERVACIONES DE AUTONOMÍA			

5. DESARROLLO EVOLUTIVO

Datos Psicomotores

EDAD A LA QUE EMPEZÓ A ANDAR	¿GATEÓ ANTES DE ANDAR? (SÍ/NO)	PARTE DOMINANTE: DERECHA / IZQUIERDA / LAS DOS	PROBLEMAS MOTORES
-------------------------------------	---	---	--------------------------

Datos Lingüísticos

EDAD A LA QUE EMPEZÓ A PRONUNCIAR LAS PRIMERAS PALABRAS	¿SE LE ENTIENDE CUANDO HABLA? (SÍ/NO)		
ALTERACIONES DEL LENGUAJE QUE SE HAYAN OBSERVADO			
LENGUAJE EN EL QUE SE APOYA MÁS: ORAL O GESTUAL		¿SE LE HABLA CON LENGUAJE ADULTO O EXPRESIONES INFANTILES?	
¿HABLA MUCHO? (SÍ/NO)	¿ENTIENDE Y/O REALIZA ÓRDENES SENCILLAS? (SÍ/NO)	IDIOMA EN EL QUE SE EXPRESA	

Relación con los Objetos y el Espacio

¿SE ENTRETIEENE SOLO O BUSCA LA PRESENCIA DE OTROS?		COMPAÑEROS DE JUEGO HABITUALES
¿LE GUSTA JUGAR CON OTROS NIÑOS/AS? (SÍ/NO)		PREFIERE JUGAR CON NIÑOS/AS: MAYORES / IGUALES / MENORES
TIPO DE RELACIÓN CON OTROS NIÑOS/AS: SUMISO / ASERTIVO / DOMINANTE		JUGUETES PREFERIDOS
JUEGOS PREFERIDOS		COMPORTAMIENTO EN CASA
¿DISFRUTA DE ESPACIOS EXTERIORES? (JARDINES, PARQUES...) SÍ/NO		FRECUENCIA CON LA QUE JUEGA AL AIRE LIBRE
HORAS DE TV AL DÍA	PROGRAMAS DE TV QUE VE	PERSONAS CON LAS QUE VE LA TV

6. RELACIONES PERSONALES

¿Cómo son sus relaciones personales?

Indicar rasgos principales de su conducta (Ej: cariñoso, obediente, agresivo, tímido, llorón, desafiante, caprichoso, exigente, curioso, creativo, respetuoso, distraído, desobediente, activo, pasivo, extrovertido, introvertido, sensible, miedoso, líder...)

Con los padres	
Con sus hermanos	
Con otros adultos conocidos	
Con otros niños/as	
Con otras personas desconocidas	

¿TIENE DEPENDENCIA DE LOS PADRES?	TIEMPO SEMANAL DE CONVIVENCIA FAMILIAR CONJUNTA
PERSONA QUE DEDICA MÁS TIEMPO AL NIÑO/A	RESPONSABILIDADES DEL NIÑO/A EN CASA (SI LAS TIENE)
FORMA DE ELIMINAR LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS (RABIETAS, ENFADOS...)	
FORMA DE POTENCIAR LOS LOGROS	
ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EDUCACIÓN EN LOS QUE ESTÁN DE ACUERDO LOS PADRES	

En San Vicente, a _____ de _____ de 2026.

FIRMA DE LA MADRE / TUTORA LEGAL

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL