 **Ficha biográfica**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño o niña |  |
| Edad |  |
| Fecha, hora y lugar nacimiento |  |
| Nacionalidad |  |
| Nombre o apodo que usa |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la madre |  |
| Edad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Nacionalidad |  |
| Profesión/Ocupación actual |  |
| Intereses o actividades a parte del trabajo |  |
| Enfermedad importante / adicciones / terapia psicológica / consumo de sustancias fin recreativo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del padre |  |
| Edad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Nacionalidad |  |
| Profesión/Ocupación actual |  |
| Intereses o actividades a parte del trabajo |  |
| Enfermedad importante / adicciones / terapia psicológica / consumo de sustancias fin recreativo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Descripción de la situación ACTUAL familiar del niño o niña: |  |
| Relación de los padres. Con quién vive el niño, lugar y relación contractual con vivienda (propia, arrienda, allegados, otro) Quiénes son sus cuidadores principales, con quiénes pasa la mayor cantidad de tiempo en la semana y fines de semana. |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene hermanos? |  |
| Nombre y edad (1) |  |
| Nombre y edad (2) |  |
| ¿Qué lugar ocupa el niño o niña con respecto a los hermanos? |  |
| ¿Cómo se lleva con sus hermanos? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se ha puesto vacunas? |  |
| Consideraciones sobre su salud en general (Pestes, alergia, enfermedades respiratorias, neurológicas, motora, lenguaje, cognitivo. Accidentes, hospitalizaciones) |  |
| ¿Qué tipo de diagnósticos, medicina o tratamientos recibe o ha recibido? (tradicional, homeopática, natural, otras) |  |
| Tipo de alimentación actual |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepción, embarazo y nacimiento** | |
| Recuerdos sobre la concepción. ¿Fue planificado o llegó por sorpresa?, ¿en qué fase del embarazo te diste cuenta de que estabas embarazada? ¿qué sentiste cuando supiste esta noticia? ¿Cómo estaba la relación entre la pareja? ¿Cómo se sintieron cuando supieron que iban a ser padres? |  |
| ¿Cómo fue el proceso de embarazo? Física (náuseas, antojos, nivel de energía) y anímicamente. ¿Trabajaste durante el embarazo, en qué, hasta cuándo? ¿Hiciste ejercicio durante el embarazo, de qué tipo, etapa embarazo, cuánto tiempo? ¿Tuviste una atención prenatal tradicional o alternativa?  ¿Ocurrió algún evento especial durante el embarazo que te haya afectado? |  |
| ¿Fue un embarazo a término… n° de semanas? (39 a 40 sm y 6 días: completo)  ¿Cómo fue el proceso antes del parto? ¿cómo te sentías? ¿quién te asistió? ¿Qué tipo y cómo fue el parto? ¿Cómo fue la atención en… (hospital, clínica, casa)? ¿te sentías acompañada? |  |
| Salud del niño o niña al nacer.  ¿Estuvo en incubadora, sufrió alguna situación de cuidado? |  |
| Apego, ¿Tuvo reflejo de mamar al nacer o tomó mamadera? ¿Cómo fue tu experiencia de alimentar al bebé?  Lactancia materna (desde, hasta)  ¿Utilizó mamadera y/o chupete? |  |
| ¿Cómo era para dormir tu bebé cuando nació? |  |
| ¿De qué manera cargabas o transportabas al bebé? |  |
| ¿Cómo fueron los primeros 40 días después del parto? La madre, el bebé, la familia.  ¿Cómo fue el desarrollar un ritmo para el bebé?  ¿Tuviste a alguien que te ayudara después del nacimiento del bebé?  ¿Cómo describirías la situación que viviste al principio? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Desarrollo motor del niño o niña** | |
| ¿Cuáles fueron los primeros movimientos de desplazamiento? girar, reptar, gatear… sentarse… en qué tipo de superficie: cama, colchón blando, suelo… |  |
| ¿A qué edad caminó solo? ¿Lo hizo solo o con algún estímulo? (andador, otro) |  |
| ¿Cómo fue su forma de caminar? Caídas frecuentes, seguridad al caminar. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Desarrollo del habla del niño o niña** | |
| Lengua materna del niño o niña |  |
| ¿Era bueno para llorar, berrear, reír o balbucear? ¿Qué sonido de vocal emitía frecuentemente? |  |
| Edad en que expresa primeras palabras. ¿Cuál fue la primera palabra? |  |
| ¿Cómo ha sido su forma de comunicarse? Solo con gestos, apuntando las cosas que quiere o con gestos y palabras dándose a entender claramente. |  |
| ¿Ha observado u observa algunas dificultades en el lenguaje? |  |
| ¿Cómo ha sido su desarrollo auditivo? ¿Sigue los estímulos? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Otros aspectos acerca del desarrollo del niño o niña** | |
| ¿Cómo ha sido su dormir hasta ahora? ¿Duerme toda la noche? ¿Con quién y en dónde duerme? ¿Cuál es su ritmo y rutina diaria? **Describirla.** |  |
| ¿Cómo ha sido su digestión hasta el momento? |  |
| Sus primeras comidas, manera de preparación y **apetito**. ¿Es selectivo? ¿se inclina por algún sabor especial? ¿Cuál es su actitud al comer? ¿Cuál es su ritmo y rutina diaria? **Describirla** |  |
| Primeros dientes |  |
| El niño o niña ¿expresa **interés** por conocer y relacionarse en y con mundo externo? |  |
| Control de esfínteres |  |
| En general, ¿cómo es su transpiración y su temperatura de manos, cuerpo y pies? |  |
| En general, ¿cómo es su respiración? Bucal, nasal; agitada, lenta. |  |
| ¿Cuándo se refirió por primera vez a sí mismo como YO? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Espacio social y rutinas** | |
| Movilidad familiar (cambios de casa y/o ciudad, país) |  |
| Personas que han estado a cargo del cuidado del niño o niña desde sus primeros años de vida. |  |
| ¿Ha ido a sala cuna? o a ¿jardín infantil? ¿Desde qué edad? ¿Cómo fue la experiencia? |  |
| **Describir un día típico del niño o niña desde que se levanta hasta que se acuesta.** ¿Existe mucha diferencia entre un día de semana y un fin de semana? ¿Cambia de casa o de cuidador? |  |
| ¿En qué labores de casa colabora? |  |
| ¿Cómo se ponen límites y se trabaja la imagen de autoridad? ¿Hay coherencia entre sus cuidadores? |  |
| ¿Manifiesta pataletas?, ¿en qué ocasiones?, ¿Qué se hace para manejar la situación? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Juego y emoción** | |
| ¿A qué le gusta jugar?, ¿con qué elementos juega? ¿Con quién le gusta jugar? ¿En dónde juega generalmente? |  |
| ¿Necesita constante apoyo de los adultos en casa? |  |
| ¿Qué le disgusta hacer? |  |
| Miedos o fobias |  |
| ¿Cómo es su tolerancia a la frustración?, ¿en qué ocasiones se frustra?, ¿cuánto tiempo permanece en esa emoción?, ¿quién y cómo se le acompaña? |  |
| ¿Cómo es la relación con los integrantes de su familia? |  |
| ¿Posee mascotas?, ¿cómo se relaciona con ellas? |  |

|  |
| --- |
| **¿Cuál es la relación del niño o niña con los medios electrónicos (pantallas) durante el día?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Qué camino espiritual, credo o religión profesa la familia del niño o niña?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Sabe algo de la Pedagogía Waldorf? ¿Por qué están interesados en ella?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Le gustaría agregar algo más?** |
|  |

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma de quien responde la encuesta**

**Nombre y firma profesora**