

RECOGIDA DE DATOS

NIVEL 2-3 AÑOS

ALIMENTACIÓN

¿Come solo?: bien / mal / necesita ayuda

¿Come primero segundo y fruta?

Alimentos que más le gustan

Alimentos que menos le gustan

¿TIENE ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO?

Observaciones

SUEÑO

Dificultades en el sueño

¿Cómo se despierta?

¿Duerme con chupete, dedo, trapito, otros?

Hora a la que se levanta

Hora a la que se acuesta

¿Duerme siesta? Hora y tiempo

¿El sueño nocturno es continuo?

Observaciones

CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Controla sus esfínteres?

¿Utiliza el water o el orinal?

¿Expresa verbalmente su deseo de ir al servicio o hay que llevarle a determinadas horas?
.....

Observaciones

JUEGO

¿Tiene preferencia por algún juguete? ¿cuál?

¿Cómo los utiliza?

Actividad que más le gusta

¿Le gusta jugar con otros niños?

LENGUAJE

¿Se comunica con facilidad?

¿Utiliza el lenguaje oral normalmente?

Otros tipos de lenguajes o recursos expresivos que utiliza con más frecuencia

Llora: mucho / poco ¿cuándo?