

**Actualización de datos - Equipo de Orientación Escolar (EOE)**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún cambio importante en su familia? (nacimientos, grupo familiar, separación, viajes, duelos, mudanzas, cambios laborales)

---

---

---

¿Tuvo o tiene actualmente episodios de enuresis? (incontinencia urinaria)

---

---

---

¿Ha realizado o está realizando tratamiento médico, psicológico, psicopedagógico, psiquiátrico, fonoaudiológico u otro? (especifique) \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Hubo enfermedades en el niño o en la familia?

---

---

---

¿Hubo modificaciones en cuanto al sueño, aseo, alimentación o juegos, con respecto al anterior?

---

---

---

¿Tiene miedos importantes? \_\_\_\_\_ ¿A que?

---

---

Observaciones:

---

---

---

---