



ENTREVISTA INICIAL

FECHA DE ENTREVISTA: / /21

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:Apodo al que responde:.....

Nombre y apellido figura parental:Profesión.....

Horario de trabajo:Teléfonos.....

Nombre y apellido figura parental:Profesión.....

Horario de trabajo:Teléfonos.....

Dirección familiar:Teléfono:

HISTORIA FAMILIAR

Hermanos (nombre y edad):

Lugar que ocupa:.....

¿Que otros miembros de la familia viven en casa?.....

Familiar con el que más se relaciona :

EMBARAZO Y PARTO

El embarazo transcurrió con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

El parto fue con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

Aspectos a destacar de la etapa :

ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL NIÑO/NIÑA

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?

.....
.....
.....

¿Presenta alguna dificultad/enfermedad? :

Auditiva ()	Motriz ()	Respiratorio ()	Alérgico ()
Visual ()	Cerebral ()	De lenguaje ()	Digestivo ()
Otros ()			

¿Cuál? :

¿Cuándo fue detectada? ¿Qué tipo de tratamiento lleva adelante?

.....
.....

Las dificultades señaladas en el apartado anterior ¿ han aparecido en otros miembros de la familia?

SI-NO ¿En quién o quiénes?

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

¿Plantea dificultades antes (), durante () o después () de dormir?

¿Cuáles? :

.....

De bebé con quién dormía:

Con el padre y la madre ()	con los hermanos ()	solo ()	con otras personas ()
-----------------------------	----------------------	----------	------------------------

Hasta que edad:

¿y actualmente? : ¿Se despierta con

pesadillas? ¿ Con qué frecuencia? :

¿Suele dormir siesta?:.....

¿Presenta algún tipo de temor?:

¿Tuvo algún tipo de dificultad en el pasaje de la alimentación líquida a la sólida?

.....

¿Cuándo sucedió ? : ¿ Tuvo problemas:

de succión ()	al tragar ()	de masticación ()
----------------	---------------	--------------------

¿Plantea actualmente problemas al comer? : SI-NO

¿Cuáles? :

¿Cuáles son sus alimentos preferidos?

.....

¿Qué alimentos rechaza por completo?

.....

DESARROLLO EVOLUTIVO

¿Cuándo se sentó sin ayuda? :

¿Gateó, cuándo ?

¿Cuándo se levantó y se sostuvo de pie?.....

¿Cuándo empezó a caminar?

¿Ha tenido alguna dificultad para la marcha?.....

¿Cuáles?

¿Come solo? SI-NO

¿Se viste solo? SI-NO

¿Desde cuándo?.....

En relación al control de esfínteres: permanece seco de día: ¿A qué edad comenzó a controlar de día?.....

Permanece seco de noche:

¿A qué edad comenzó a controlar de noche?.....

¿Cuándo comenzó a balbucear?.....

¿Y a decir palabras?

¿ Comprende frases y ordenes simples?.....

RELACIÓN AFECTIVO- SOCIAL

- ¿Con quién vive?
- ¿Quién se encarga de su atención? :
- ¿Cómo es la relación con su padre? :
- ¿ Con la madre?
- ¿Con los hermanos?.....
- ¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa?
- Rabia () Cariño () Pena () Alegría ()
- Otros.....
- ¿Suele llorar? : ¿Por qué?.....
- ¿ Suele mentir y/o ocultar ?.....
- ¿ A qué juega preferentemente?.....
- ¿Co n quién juega? :
- ¿Cuál o cuales son sus juguetes preferidos?.....
- ¿Cómo se relaciona con desconocidos?.....
-
-
- ¿Utiliza elementos tecnológicos? SI-NO
- ¿Cuáles?¿Cuánto tiempo?.....
- ¿Cómo transitó el niño/a el período de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) por emergencia sanitaria COVID19?.....
-
-
-

TRAYECTORIA ESCOLAR

- ¿ Ha estado escolarizado anteriormente? SI-NO
- ¿ Desde qué edad?.....
- ¿Qué espera de la escolarización del niño/niña?.....
-
-
- ¿Sabe ya a cómo será la rutina del niño/a cuando comience el ciclo lectivo? Describir brevemente.
-

.....
.....
¿Conoce nuestro Proyecto Educativo? SI-NO
¿Qué expectativas tiene en relación al nuevo ciclo que comienza?
.....
.....
.....

OBSERVACIONES DEL PADRE O MADRE RESPECTO DEL NIÑO O NIÑA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
FIRMA PARENTAL

.....
FIRMA PARENTAL