

ENTREVISTA INICIAL

FECHA:

DOCENTE:

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO: EN CASA LO/A LLAMAN:.....

FAMILIARES:

- CÓMO SE COMPONE LA FAMILIA:.....
- RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:.....
- VIVIÓ O VIVE ALGUNA SITUACIÓN CONFLICTIVA DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR:.....
- ¿AL CUIDADO DE QUÉ PERSONA ESTUVO ANTES DE SER INSCRIPTO EN ESTA INSTITUCIÓN?
NIÑERA FAMILIAR OTROS

ANTECEDENTES MATERNALES:

- ¿CÓMO FUE EL EMBARAZO?

CON DIFICULTAD:

FÍSICA: TIPO

EMOCIONAL: DEPRESIÓN / ANGUSTIA/ ANSIEDAD

ANTECEDENTES NATALES:

- ¿CÓMO FUE EL PARTO? NATURAL / CESÁREA
- ¿NACIÓ EN TÉRMINO?.....
- ¿TUVO ALGUNA DIFICULTAD AL NACER?.....

ANTECEDENTES POST-NATALES:

- ¿ESTUVO EN INCUBADORA?..... MOTIVO:.....
- ¿INTERNADO EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA?..... MOTIVO:.....

SALUD:

- ENFERMEDADES QUE PADECIÓ?
- ¿ES ALÉRGICO? ¿A QUÉ?
- TUVO ALGÚN ACCIDENTE?.....DE QUÉ TIPO
- ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD MOTORA? SÍ/ NO CUÁL?
- ¿TUVO CONVULSIONES O DESMAYOS?.....
- ALGÚN DATO DE SALUD IMPORTANTE PARA SEÑALAR:

ALIMENTACIÓN:

- ¿COME SOLO? SI /NO
- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD RELACIONADA CON LA ALIMENTACIÓN? (CELÍACO, DIABÉTICO, ALÉRGICO A LA LACTOSA, BAJO PESO, SOBREPESO, ETC.)
- ALIMENTOS PROHIBIDOS:
- ¿USA MAMADERA? SÍ NO
- CONTROL DE ESFÍNTERES:
- ACTUALMENTE ¿VA AL BAÑO SOLO? SÍ NO CON AYUDA
- ¿USA PAÑALES? SI NO
- SUEÑO:
- ¿TIENE SUEÑO TRANQUILO/PESADILLAS?
- ¿COMPARTE LA HABITACIÓN?.....

HÁBITOS:

- SE LAVA SOLO LAS MANOS:SE BAÑA SOLO:
- ¿UTILIZA CHUPETE? SI NO ¿EN QUÉ MOMENTO?.....
- ¿SE SUCCIONA LOS DEDOS?
- ¿LLEVA OBJETOS A LA BOCA?.....CÚALES?.....

LENGUAJE

- ¿CÓMO SE COMUNICA HABITUALMENTE? GESTOS..... SEÑAS..... PALABRAS..... FRASES.....
- ¿COMPRENDEN CUANDO LE HABLAN?
- ¿NECESITAN QUE LE REPITAN?.....
- ¿SOSTIENE LA ATENCIÓN DE FORMA CONTINUA?
- ¿PRESENTA DIFICULTADES EN LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNA/S, LETRA/S O PALABRAS
- ¿ESTÁ EN TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO?.....

COMPORTEAMIENTO:

- ¿TIENE RABIETAS? SI NO MOTIVOS:
- ¿SE RELACIONA FÁCILMENTE CON LOS DEMÁS?.....¿PEGA SIN CAUSA? SI /NO
- ¿A USTED LE PREOCUPA ALGÚN TIPO DE COMPORTEAMIENTO DEL NIÑO/A?
¿CUÁL/ES?.....
-
- CÓMO ES LA PUESTA DE LIMITES EN LA FAMILIA?
-
- ¿VE TELEVISIÓN? CUÁNTAS HORAS DIARIAS?.....
- ¿UTILIZA REVISTAS, LIBROS?.....
- ¿ESCUCHA MÚSICA?.....

JUEGO:

- ¿A QUÉ JUEGA Y CON QUIÉN?
.....
- ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA ELECCIÓN DEL JARDÍN ? ¿QUÉ ESPERA PARA ESTE AÑO?
.....
-
- ALGUN DATO IMPORTANTE PARA SEÑALAR A LA DOCENTE?
.....
.....
.....

FIRMA DEL RESPONSABLE:

FIRMA DEL DOCENTE