

**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