



ENTREVISTA INICIAL 1-2 AÑOS

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del niño/a:.....

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

Nombre del padre:Fecha de nacimiento:.....

Profesión:..... Horario de trabajo:.....

Teléfono trabajo padre:.....Móvil:.....

Correo electrónico:.....

Nombre de la madre:.....Fecha de nacimiento:.....

Profesión:..... Horario de trabajo:.....

Teléfono trabajo madre:.....Móvil:.....

Correo electrónico:.....

Domicilio familiar:.....Teléfono familiar:.....

Localidad:.....C.P:.....

Período de adaptación:.....

Horario en el centro:.....Persona que lo recogerá:.....

2. HISTORIA FAMILIAR

Hermanos (nombre y edad):.....Lugar que ocupa:.....

Otros miembros de la familia que vivan en casa:.....

Persona que le ha cuidado hasta ahora:.....

¿Ha habido algún acontecimiento recientemente en la vida del niño/a?(nacimiento hermano, fallecimiento, separación...)?.....



3. PRECEDENTES DEL NIÑ@

¿Cómo fue el embarazo?.....

¿Cómo fue el parto?.....

¿Cuánto midió al nacer?..... ¿Pesó?.....

¿Hubo complicaciones perinatales o postnatales?.....

¿Ha tenido alguna enfermedad importante u hospitalización?.....

¿Ha estado escolarizado anteriormente?.....¿Desde qué edad?.....

4. DESARROLLO EVOLUTIVO

DESARROLLO MOTOR

¿A qué edad empezó a gatear?.....

¿A qué edad empezó a andar?.....

¿Cómo es su marcha? (segura, vacilante....).....

¿Tiene algún problema locomotor?.....

¿Se cae con frecuencia?.....

¿Se levanta solo?.....

DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Se le entiende cuando habla?.....

¿Pide las cosas señalándolas o verbalmente?.....

¿Comprende los mensajes que se le dan?.....

¿Comprende el significado del si del no?.....

¿Se utiliza con él un lenguaje adulto o sus mismas expresiones?.....

¿Se utiliza en el hogar algún otro tipo de lenguaje o idioma?.....

DESARROLLO AFECTIVO - SOCIAL

¿Cómo describiría a su hijo/a? Tranquilo/alegre/nervioso/independiente/movido.....



¿Quién se encarga de su atención?.....

¿Cómo es la relación con el padre?..... ¿Y con la madre?.....

¿Y la relación con los hermanos?.....

¿Qué sentimientos expresa más? Rabia/ enfado/pena/cariño/alegría.....

¿Suele llorar?..... ¿Por qué?.....

¿Qué es lo que más le consuela?.....

¿Tiene rabietas a menudo cuando se le prohíbe algo?.....

¿Cómo actuáis?.....

¿Cómo se entretiene? (solo, adultos, juguetes....).....

¿Dónde y cómo se relaciona con sus iguales?.....

¿Con qué juguetes prefiere jugar?.....

¿Cómo se relaciona con lo desconocido?.....

5. RUTINAS DIARIAS

ALIMENTACIÓN

¿Cuál es su actitud ante la comida? (tranquila, nerviosa, participativa).....

¿Cómo se muestra durante la comida? (activo, pasivo, somnoliento, juguetón....).....

¿Cómo se muestra después de comer? (activo, pasivo, somnoliento, juguetón....).....

¿Tiene buen apetito?..... ¿Se termina todo lo que se le ofrece?.....

¿Tiene facilidad para el vómito?.....

¿Qué alimentos son sus favoritos?.....

¿Cuáles rechaza por completo?.....

¿Come sólo o con ayuda?..... ¿Dónde come?.....

¿Toma alguna vitamina o mineral?.....



¿Tiene alguna costumbre a la hora de comer?.....

LISTADO DE ALIMENTOS

¿Qué alimentos toma ahora?

- Leche (de vaca o continuación).....
- Purés.....Verduras y frutas.....
- Carne.....Pescado.....
- Huevo.....Lácteos.....
- Pasta y arroz.....Legumbres.....

ALERGIAS E INTOLERANCIAS

¿Es alérgico a algún alimento?.....

Observaciones:.....

SUEÑO

¿Plantea problemas antes, durante o después del sueño?.....

¿Cuáles?.....

¿Duerme sólo?..... ¿Desde qué edad?.....

¿Duerme cama o cuna?.....¿Necesita la presencia del adulto?.....

¿Cómo se reparten sus momentos de sueño?

- Mañana:.....
- Tarde:.....
- Noche:.....



¿Cómo le gusta dormir? (ropa, posturas....).....

¿Utilizada chupete u objeto de apego?.....

¿Sigue algún ritual? (música, caricias, cuentos....).....

¿Duerme en penumbra?..... ¿Duerme con ruidos?.....

¿Durante el sueño se despierta con frecuencia?..... ¿Por qué?.....

.....

¿Le cuesta volver a conciliar el sueño si se despierta?.....

¿Cómo se despierta? (llorando, tranquilo, de mal humor, despistado,
alegre....).....

HÁBITOS DE HIGIENE

¿Disfruta con el baño?.....

¿Colabora durante el baño?.....

¿Colabora al asearse? (peinado, crema, corte de uñas....).....

¿Colabora al vestirse?.....

¿Tiene alguna intolerancia a productos cosméticos? (jabón, crema....).....

¿Usa algún producto especial de aseo?.....



DEPOSICIONES

¿Suele mantener un horario? (al levantarse, después de las comidas)

.....

¿Tiene tendencia a irritarse?.....

¿Se le aplican cremas, talco....?.....

¿Es un niño/a estreñido?..... ¿Nota cuando está sucio?.....

¿Colabora en los cambios de pañal?..... ¿Controla esfínteres?.....

¿En qué momento se encuentra?.....

Observaciones.....

6. SALUD

¿Hasta el momento cómo ha sido su estado de salud?.....

¿Qué enfermedades ha tenido?.....

¿Ha desarrollado algún tipo de alergia?.....

¿En la actualidad padece alguna enfermedad?..... ¿Cuál?.....

¿Tiene que seguir tratamiento médico?..... ¿Cuál?.....

¿Ha estado alguna vez hospitalizado?.....

¿En caso de fiebre, que antitérmico le administra?.....

¿Qué cantidad?.....

Observaciones:.....



7. ESCORALIZACIÓN

¿Ha estado escolarizado en algún otro centro?.....

¿Qué espera de la escolarización de su hijo/a?

.....

¿Conoce nuestro proyecto educativo de centro?

.....

¿Conoce en líneas generales nuestra metodología de trabajo?

.....

¿Qué os supone dejar a vuestro hijo/a en la escuela?

.....

¿Cómo os sentís al dejarle?.....

¿Qué dificultades pensáis que va a tener vuestro hijo/a?

.....

¿Qué esperáis de la escuela?.....

¿Tienes alguna habilidad que quieras compartir con el centro?

.....

OTRAS OBSERVACIONES DE LOS PADRES RESPECTO AL NIÑ@

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



AUTORIZACIONES PARA LA RECOGIDA:

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____