



ENTREVISTA INICIAL 2 – 3 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 NIÑO/A

¿Cómo fue el embarazo?.....

¿Cómo fue el parto?.....

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

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

¿Enferma con facilidad?.....

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

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

¿Está ilusionado con venir al cole?.....

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?.....

¿Se apoya más en el lenguaje gestual que en el verbal?.....

¿Sus palabras son inteligibles?..... ¿Habla mucho o poco?.....

¿Se dirigen a él para dialogar?.....

¿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 reacciona cuando se le lleva la contraria?.....

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

¿Qué espacios usa para jugar?.....

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

¿Cuál es su actitud con ellos?.....

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

¿Qué relaciones establece con juguetes? (agresivo, ordenado....).....

¿Le gusta compartir sus juegos o juguetes?.....

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

¿Respeto aquello que le mandas?.....

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 en 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 vestirle?.....

¿Le gusta vestirse solo?..... ¿Se lava las manos y la cara él solo?.....

¿Presenta alguna alergia algún tipo de cosmético?.....

DEPOSICIONES

Si continúa usando pañal; ¿Tiene tendencia a irritarse?.....

¿Se le aplican cremas, talco?.....

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

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

¿Expresa verbal o gestualmente sus necesidades?.....

¿Antes o después de realizarlas?.....

¿Controla esfínteres durante el día?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Controla esfínteres durante la noche?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Cuántas veces y a qué horas aproximadamente?.....

¿Utiliza el WC o el orinal?.....

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?.....

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

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

¿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 NIÑO/A

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OTRAS OBSERVACIONES DEL EDUCADOR SOBRE EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

.....

.....

.....

.....



AUTORIZACIONES PARA LA RECOGIDA:

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____