



## ENTREVISTA INICIAL 0-1 AÑO

### 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 de 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?.....

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

¿Ha estado escolarizado anteriormente?.....

### 4. DESARROLLO EVOLUTIVO

#### DESARROLLO MOTOR

¿Sostiene la cabeza?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Se voltea?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Ha reptado?..... ¿Cuándo?.....

¿Ha gateado?..... ¿Cuándo?.....

¿Se sienta con/sin apoyo?.....

¿Se sostiene de pie?..... ¿Desde cuándo?.....

Observaciones:.....

#### DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Cuándo comenzó a emitir sus primeros sonidos?.....

¿Reacciona ante los estímulos externos?.....

¿Balbucea?..... ¿Imita sonidos?.....

¿Reconoce su nombre?..... ¿Qué lenguaje predomina?(oral, corporal...).....



¿Dice alguna palabra con significado?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Comprende el significado del sí y del no?.....

¿Entiende y ejecuta órdenes sencillas?.....

¿Se utiliza con él un lenguaje adulto o materno?.....

¿Se utiliza en casa 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?.....

¿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

¿Ha tomado pecho?..... ¿Hasta cuándo?.....

¿Toma biberón?..... ¿Cada cuánto tiempo?.....

¿Se ha iniciado en el uso de la cuchara?..... ¿Desde cuándo?.....

¿Le costó pasar de la alimentación líquida a la sólida?..... ¿Cuándo pasó?.....



¿Tuvo problemas de succión, tragar o masticar?.....

¿Toma alimentos sin triturar?.....

¿Plantea actualmente algún problema al comer?.....

¿Cuáles?.....

¿Toma alguna vitamina o mineral?.....

¿Tiene alguna costumbre a la hora de comer? (canciones, juguetes...).....

¿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?.....

¿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...).....

#### LISTADO DE ALIMENTOS

¿Tipo de alimentación? Puré o biberón.

¿Hasta el momento que alimentos ha tomado?:

- Leche (de inicio, de continuación, semidesnatada...).....
- Cereales (sin o con gluten).....
- Frutas.....Verduras.....
- 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 acompañado?..... ¿Por quién? (padres, hermanos...).....

¿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....).....

¿Le gusta alguna postura o actitud en especial?.....

¿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.....).....

#### 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?.....

Observaciones.....

### 6. SALUD



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

¿Ha tenido o tiene alguna dificultad física?(vista, oídos...).....

¿Qué enfermedades ha tenido?.....

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

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

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

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

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

¿Qué cantidad?.....

Observaciones:.....

## 7. ESCORALIZACIÓN

¿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:**

Empty box for signatures or authorizations.





**NOMBRE:**

**DNI:**

**TELÉFONO:**

<p><b>NOMBRE:</b></p> <p><b>DNI:</b></p>
--

**TELÉFONO:**

<p><b>NOMBRE:</b></p> <p><b>DNI:</b></p>
--

**TELÉFONO:**

<p><b>NOMBRE:</b></p> <p><b>DNI:</b></p>
--

**TELÉFONO:**