

Entrevista inicial 2-3 años

1 de 4

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

EDAD:

TELÉFONO:

PROFESIÓN:

EMAIL:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

EDAD:

TELÉFONO:

PROFESIÓN:

EMAIL:

TELÉFONO FAMILIAR:

DOMICILIO FAMILIAR:

LOCALIDAD:

CP:

PERÍODO DE ADAPTACIÓN:

HORARIO EN EL CENTRO:

PERSONA ENCARGADA DE RECOGER AL ALUMNO/A HABITUALMENTE:

HISTORIA FAMILIAR

HERMANOS: *(Nombre y edad)*

LUGAR QUE OCUPA:

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVAN EN CASA:

PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR:

PERSONA QUE LE HA CUIDADO HASTA AHORA:

¿HA HABIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO RECIENTEMENTE EN LA VIDA DEL NIÑO/A?
(Nacimiento hermano, fallecimiento, separación...)

¿HA ESTADO ESCOLARIZADO ANTERIORMENTE?

¿DESDE QUÉ EDAD?

Entrevista inicial 2-3 años

2 de 4

DESARROLLO EVOLUTIVO

DESARROLLO MOTOR

¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A GATEAR?:	¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A ANDAR?:
-------------------------------	------------------------------

DESARROLLO DEL LENGUAJE

☐ SÍ	☐ NO	¿SE ENTIENDE CUANDO HABLA?
☐ SÍ	☐ NO	¿SE APOYA MÁS EN EL LENGUAJE GESTUAL QUE EN EL VERBAL?
☐ SÍ	☐ NO	¿SE UTILIZA CON ÉL UN LENGUAJE ADULTO O SUS MISMAS EXPRESIONES?
☐ SÍ	☐ NO	¿SE UTILIZA EN EL HOGAR ALGÚN OTRO TIPO DE LENGUAJE O IDIOMA?

DESARROLLO AFECTIVO - SOCIAL

¿CÓMO DESCRIBIRÍA A SU HIJO/A? <i>(Tranquilo/alegre/nervioso/independiente/movido)</i>
¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE CONSUELA?
¿TIENE RABIETAS A MENUDO CUANDO SE LE PROHÍBE ALGO?
¿CÓMO SE ENTRETIENE? <i>(Sólo, con adultos, juguetes...)</i>
¿DÓNDE Y CÓMO SE RELACIONA CON SUS IGUALES?
¿CUÁL ES SU ACTITUD CON ELLOS?
¿CON QUÉ JUGUETES PREFERE JUGAR?
¿CÓMO SE RELACIONA CON LO DESCONOCIDO?

Entrevista inicial 2-3 años

3 de 4

RUTINAS DIARIAS

ALIMENTACIÓN

¿CUÁL ES SU ACTITUD ANTE LA COMIDA? (<i>Tranquila, nerviosa, participativa</i>)
¿TIENE BUEN APETITO?
¿QUÉ ALIMENTOS SON SUS FAVORITOS?
¿CUÁLES RECHAZA POR COMPLETO?

LISTADO DE ALIMENTOS Y ALERGIAS

¿FALTA ALGÚN ALIMENTO POR INTRODUCIR?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO?

SUEÑO

¿CUÁL ES SU HORARIO NOCTURNO DE SUEÑO?
¿CÓMO LE GUSTA DORMIR? (<i>ropa, posturas...</i>)
¿UTILIZA CHUPETE U OBJETO DE APEGO?
¿LE CUESTA VOLVER A CONCILIAR EL SUEÑO SI SE DESPIERTO/A?

HÁBITOS DE HIGIENE

¿COLABORA AL ASEARSE? (<i>Peinado, crema, corte de uñas...</i>)
¿COLABORA AL VESTIRLE?
¿PRESENTA ALGUNA ALERGIA A ALGÚN TIPO DE COSMÉTICO?

DEPOSICIONES

SI CONTINÚA USANDO PAÑAL, ¿TIENE TENDENCIA A IRRITARSE?	
¿COLABORA EN LOS CAMBIOS DE PAÑAL?	¿DESDE CUÁNDO?
¿CONTROLA ESFÍNTERES DURANTE EL DÍA?	¿DESDE CUÁNDO?

Entrevista inicial 2-3 años

4 de 4

SALUD	
¿CÓMO FUÉ EL PARTO?, ¿HUBO COMPLICACIONES?	
¿HASTA EL MOMENTO CÓMO HA SIDO SU ESTADO DE SALUD?	
¿QUÉ ENFERMEDADES HA TENIDO?	
¿HA ESTADO ALGUNA VEZ HOSPITALIZADO?	
¿EN LA ACTUALIDAD PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL?	
¿TIENE QUE SEGUIR TRATAMIENTO MÉDICO? ¿CUÁL?	
¿EN CASO DE FIEBRE, QUE ANTITÉRMICO LE ADMINISTRA?	¿QUÉ CANTIDAD?
OBSERVACIONES:	

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL ALUMNO/A	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO:
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO: