

# Entrevista inicial 2º Ciclo Infantil

1 de 3

DATOS DEL ALUMNO/A	
APELLIDOS:	
NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	CP:
EMAIL:	
TELÉFONO:	TELÉFONO DE URGENCIA:
PERSONA ENCARGADA DE RECOGER AL ALUMNO/A HABITUALMENTE:	
OBSERVACIONES:	

DATOS FAMILIARES	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE/TUTORA:	EDAD:
TELÉFONO:	PROFESIÓN:
EMAIL:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/TUTOR:	EDAD:
TELÉFONO:	PROFESIÓN:
EMAIL:	
NÚMERO DE HERMANOS:	LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS:
PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR:	
LENGUA HABLADA CON EL NIÑO:	
RESPONBSABLE EN CASO DE AUSENCIA DE LOS PADRES/TUTORES:	

## SITUACIÓN FAMILIAR Marcar la que corresponda

VIVE CON AMBOS PROGENITORES/TUTORES	<input type="checkbox"/>	VIVE CON UN PROGENITOR/TUTOR	<input type="checkbox"/>	OTRA SITUACIÓN	<input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR EN CASO DE OTRA SITUACIÓN:					

# Entrevista inicial 2º Ciclo Infantil

2 de 3

## SALUD

### ANTECEDENTES DEL NIÑO/A

¿PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO O PARTO?

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA SENSORIAL?

¿HA ESTADO ESCOLARIZADO?

### ASPECTOS SANITARIOS

ENFERMEDADES CRÓNICAS:

ALERGIAS:

OTROS:

## RUTINAS DIARIAS

### ALIMENTACIÓN Marcar la que corresponda

SÓLIDO  TRITURADO  FRUTA  VERDURA  PESCADO  CARNE  LEGUMBRES

### PROBLEMAS CON LA COMIDA

ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO O NO PUEDE TOMAR (EN CASO DE AFIRMATIVO, ADJUNTAR INFORME MÉDICO)  SÍ  NO

OBSERVACIONES:

### SUEÑO

HORARIO:

ALTERACIONES EN EL SUEÑO:

¿UTILIZA CHUPETE O ALGÚN OBJETO DE APEGO?

HABITACIÓN INDIVIDUAL  HABITACIÓN COMPARTIDA, ¿CON QUIÉN?

# Entrevista inicial 2º Ciclo Infantil

3 de 3

## DESARROLLO GENERAL MADURATIVO

### CONTROL DE ESFÍNTERES

DIURNO:		NOCTURNO:	
¿CÓMO LO HACE?	<input type="checkbox"/> LO PIDE	<input type="checkbox"/> VA SOLO/A	¿ALGUNA DIFICULTAD?

### DATOS PSICOMOTORES

EDAD A LA QUE EMPEZÓ A ANDAR:	PARTE DEL CUERPO DOMINANTE:	<input type="checkbox"/> IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> DERECHA
PROBLEMAS MOTORES: ( <i>Pies, manos, problemas posturales, dificultades al andar</i> )			
TIENE COMPLETA AUTONOMÍA PARA: <i>Marcar la que corresponda</i>			
<input type="checkbox"/>	COMER	<input type="checkbox"/>	LAVARSE
<input type="checkbox"/>	VESTIRSE	<input type="checkbox"/>	DESNUDARSE

### DATOS PSICOLINGÜÍSTICOS

EDAD EN QUE EMPEZÓ A PRONUNCIAR PALABRAS:
¿SE ENTIENDE LO QUE DICE?
¿SE LE HABLA CON LENGUAJE ADULTO O CON SUS MISMAS EXPRESIONES?
¿PROBLEMAS CON EL HABLA?

## RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES:

### RELACIONES PERSONALES

CON LOS PADRES:
CON LOS HERMANOS:
CON OTROS NIÑOS:

### NIVEL EMOCIONAL

<input type="checkbox"/> INQUIETO	<input type="checkbox"/> TRANQUILO	¿COGE RABIETAS A MENUDO?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿TIENE MIEDO A ALGO EN PARTICULAR?				

## HISTORIAL ACADÉMICO

EDAD (EN AÑOS Y MESES):	CENTRO:
-------------------------	---------