

Entrevista inicial 0-1 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:

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...)

Entrevista inicial 0-1 años

2 de 4

DESARROLLO EVOLUTIVO

DESARROLLO MOTOR

¿SOSTIENE LA CABEZA?	¿DESDE CUÁNDO?
¿SE VOLTEA?	¿DESDE CUÁNDO?
¿HA REPTADO?	¿DESDE CUÁNDO?
¿HA GATEADO?	¿DESDE CUÁNDO?
¿SE SIENTA CON/SIN APOYO?	¿DESDE CUÁNDO?
¿SE SOSTIENE DE PIE?	¿DESDE CUÁNDO?
OBSERVACIONES:	

DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿CUÁNDO COMENZÓ A EMITIR SUS PRIMEROS SONIDOS?	
☐ SÍ ☐ NO	¿REACCIONA ANTE LOS ESTÍMULOS EXTERNOS?
☐ SÍ ☐ NO	¿BALBUCEA?
☐ SÍ ☐ NO	¿IMITA SONIDOS?
☐ SÍ ☐ NO	¿RECONOCE SU NOMBRE?
☐ SÍ ☐ NO	¿COMPRENDE EL SIGNIFICADO DEL SÍ Y DEL NO?
☐ SÍ ☐ NO	¿SE UTILIZA CON ÉL/ELLA UN LENGUAJE ADULTO O MATERNO?
☐ SÍ ☐ NO	¿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)
¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE CONSUELA?
¿CÓMO SE ENTRETIEENE? (Sólo, con adultos, juguetes...)
¿DÓNDE Y CÓMO SE RELACIONA CON SUS IGUALES?
¿CON QUÉ JUGUETES PREFIERE JUGAR?
¿CÓMO SE RELACIONA CON LO DESCONOCIDO?

Entrevista inicial 0-1 años

3 de 4

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

LISTADO DE ALIMENTOS

¿TIPO DE ALIMENTACIÓN?	☐ PURÉ	☐ BIBERÓN
¿HASTA EL MOMENTO QUE ALIMENTOS HA TOMADO?		
☐ LECHE (de inicio, de continuación, semidesnatada)	☐ FRUTAS	☐ VERDURAS
☐ CEREALES (sin o con gluten)	☐ LÁCTEOS	☐ HUEVO
☐ CARNE	☐ PESCADO	☐ LEGUMBRES
☐ PASTA Y ARROZ		

ALERGIAS E INTOLERANCIAS

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO?

SUEÑO

¿PLANTEA PROBLEMAS ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL SUEÑO? ¿CUÁLES?		
¿DUERME SÓLO?	¿DUERME ACOMPAÑADO?	
¿CÓMO SE REPARTEN SUS MOMENTOS DE SUEÑO?		
MAÑANA:	TARDE:	NOCHE:
¿CÓMO LE GUSTA DORMIR? (ropa, posturas...)		
¿UTILIZA CHUPETE U OBJETO DE APEGO?		
¿DURANTE EL SUEÑO SE DESPIERTA CON FRECUENCIA? ¿POR QUÉ?		
¿LE CUESTA VOLVER A CONCILIAR EL SUEÑO SI SE DESPIERTO/A?		
¿CÓMO SE DESPIERTA? (llorando, tranquilo, de mal humor, despistado, alegre...)		

Entrevista inicial 0-1 años

4 de 4

DEPOSICIONES

¿TIENE TENDENCIA A IRRITARSE?	¿SE LE APLICAN CREMAS, TALCO...?
¿ES UN NIÑO/A ESTREÑIDO?	
OBSERVACIONES:	

SALUD

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

¿QUÉ ESPERÁIS DE LA ESCUELA?
¿TIENES ALGUNA HABILIDAD QUE QUIERAS COMPARTIR CON EL CENTRO?

OTRAS OBSERVACIONES:

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO:
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO: