

Entrevista inicial 1-2 años

1 de 4

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/TUTOR 2:

EDAD:

TELÉFONO:

PROFESIÓN:

EMAIL:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE/TUTOR 1:

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 1-2 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	¿COMPRENDE LOS MENSAJES QUE SE LE DAN?
☐	SÍ	☐	NO	¿COMPRENDE EL SIGNIFICADO DEL SÍ Y DEL NO?
☐	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>
¿SUELE LLORAR? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE CONSUELA?
¿CÓMO SE ENTRETIENE? <i>(Sólo, con adultos, juguetes...)</i>
¿DÓNDE Y CÓMO SE RELACIONA CON SUS IGUALES?
¿CON QUÉ JUGUETES PREFIERE JUGAR?
¿CÓMO SE RELACIONA CON LO DESCONOCIDO?

Entrevista inicial 1-2 años

3 de 4

RUTINAS DIARIAS

ALIMENTACIÓN

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

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?	¿NECESITA LA PRESENCIA DEL ADULTO?	
¿CÓMO SE REPARTEN SUS MOMENTOS DE SUEÑO?		
MAÑANA:	TARDE:	NOCHE:
¿CÓMO LE GUSTA DORMIR? (<i>ropa, posturas...</i>)		
¿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? (<i>llorando, tranquilo, de mal humor, despistado, alegre...</i>)		

DEPOSICIONES

¿TIENE TENDENCIA A IRRITARSE?	¿SE LE APLICAN CREMAS, TALCO...?
OBSERVACIONES:	

Entrevista inicial 1-2 años

4 de 4

SALUD	
¿CÓMO FUÉ EL PARTO?	
¿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: