

# Entrevista inicial 2-3 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:

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

|                             |                             |                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | ¿SE ENTIENDE CUANDO HABLA?                                      |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | ¿SE APOYA MÁS EN EL LENGUAJE GESTUAL QUE EN EL VERBAL?          |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | ¿SE UTILIZA CON ÉL UN LENGUAJE ADULTO O SUS MISMAS EXPRESIONES? |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> 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 ENTRETIEENE? <i>(Sólo, con adultos, juguetes...)</i>                          |
| ¿DÓNDE Y CÓMO SE RELACIONA CON SUS IGUALES?                                            |
| ¿CUÁL ES SU ACTITUD CON ELLOS?                                                         |
| ¿CON QUÉ JUGUETES PREFIERE 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: |