

ACTUALIZACION DE ENTREVISTA - AÑO 2020

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:

SECCIÓN A LA QUE INGRESA:.....TURNO:.....

Responsable de completar la entrevista.....

- ¿Hay algún cambio en el vínculo familiar o el entorno cercano del niño/a? ¿Cuál? ¿Cómo se converso? ¿Cómo lo manifestó el niño/a? (pérdidas, mudanza, nacimientos, etc.).....
.....
.....
- ¿Observan algún cambio en el niño con respecto al año anterior? (progresos o retrocesos en el lenguaje, el control de esfínteres, en el área motora, uso de chupete y mamadera, etc.).....
.....
.....
- ¿Observan alguna dificultad motriz?.....
- En relación con las funciones de vista, oído y respiración ¿observan alguna dificultad? ¿Cuál?
.....
.....
- ¿Se observan problemas de dicción? ¿Cuáles?.....
- ¿Tiene alergias?.....
- ¿Hay algún alimento que no pueda Comer?.....
.....
- ¿Realizó o realiza algún tratamiento (médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.)?.....
¿Cuál?.....
¿Durante que periodo?.....
Motivo de la consulta
.....
Nombre del profesional:.....
Teléfono:.....Mail.....
- NOMBRE DEL PEDATRA DE CABECERA.....
Teléfono.....Mail..... Fecha del último control.....
- Sueño: ¿Duerme solo?.....¿Comparte la habitación?.....
- ¿Necesita de rituales para dormir?.....
- ¿Se despierta durante la noche?.....¿Se pasa a la cama de los padres?.....
- ¿Siente miedo a algo?.....¿A qué?.....

Firma y aclaración madre

Firma y aclaración de padre