

ENTREVISTA INICIAL - 2022

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:

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

DOCENTE.....

Responsable de completar la entrevista.....**FECHA:**

DATOS PERSONALES

- Fecha de Nacimiento:.....DNI:.....
- Lugar de Nacimiento:.....Nacionalidad:.....
- Dirección:.....Teléfono:.....
- Teléfonos alternativos:.....
- ¿Cómo lo llaman en la casa?.....
- Religión:.....

DATOS FAMILIARES:

- Ambos padres se encuentran presentes en la vida del niño/a?.....

En el caso de que la respuesta fuera NO explicar el motivo:.....

- **Nombre y apellido del padre:**.....

Fecha de nacimiento:.....Edad:.....

Nacionalidad:.....Lugar de nacimiento:.....

Domicilio.....Telefono.....

Estudios cursados: Primario
 Secundario completo Secundario Incompleto
 Terciario completo Terciario incompleto
 Universitario completo Universitario incompleto

Profesión:.....Ocupación actual:.....

- **Nombre y apellido de la Madre:**.....

Fecha de nacimiento:.....Edad:.....

Nacionalidad:.....Lugar de nacimiento:.....

Domicilio.....Telefono.....

Estudios cursados: Primario
 Secundario completo Secundario Incompleto
 Terciario completo Terciario incompleto
 Universitario completo Universitario incompleto

Profesión:.....Ocupación actual:.....

- Estado conyugal de los padres.....

EN CASO DE ESTAR SEPARADOS:

- ¿Hay alguna restricción con alguno de los padres? ¿Cuál?.....
 Motivo:.....
- ¿Hay vigente algún régimen de visita o tenencia? ¿Cuál?:.....

- ¿Tiene hermanos?..... ¿Cuántos?.....

Nombre	Edad	Escuela

- Lugar que ocupa entre los hermanos:.....
- ¿Cuál es la relación con ellos?.....
.....

SITUACIÓN FAMILIAR:

- ¿Con quién vive el niño/a actualmente?.....
- ¿Comparten la vivienda con otras personas?.....
- ¿Qué influencia ejercen sobre su hijo/a?.....
- ¿Con quien pasa más tiempo?.....
- ¿Con quién queda el niño cuando se ausentan los padres por trabajo o motivos particulares?
.....
- ¿Ha habido alguna situación familiar que haya afectado o afecte a su hijo/a?.....
.....
.....
- ¿Se ha mudado recientemente?.....

EMBARAZO Y LACTANCIA

- Actitud de los padres durante el embarazo:.....
- ¿El embarazo transcurrió con normalidad o hubo complicaciones?.....
.....
- ¿El parto fue normal o por cesárea?.....
- ¿Hubo algún problema antes, durante o después del parto?.....
.....
- Lactancia (pecho, mamadera, duración)..... Duración:.....
- ¿Le resultó dificultoso el destete?.....
- ¿Usa o usó chupete?.....¿Hasta que edad?.....
- ¿Se succiona el dedo o la mano?.....¿Hasta que edad?.....
- ¿Se come las uñas?.....

SALUD Y MADURACIÓN PRIMARIA:

- ¿Tiene alergias?.....
- ¿Qué enfermedades ha padecido?.....
¿a qué edad?.....
- ¿Ha sufrido algún accidente grave?.....¿a qué edad?.....
- ¿Atravesó alguna experiencia traumática? ¿A que edad?.....

-
- ¿Estuvo hospitalizado? Motivo, edad.....
-
- ¿Posee alguna limitación física o sensorial?.....
- ¿Realizó o realiza algún tratamiento (médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.)?.....
- ¿Cuál?.....
- ¿Durante que periodo?.....
- Motivo de la consulta
-
-
- ¿ Nombre del profesional:.....
- Teléfono de contacto:.....Mail.....
- En relación a las funciones de deglución, respiración, vista y oído han observado alguna dificultad?
-

PEDIATRA DE CABECERA:

- NOMBRE DEL PEDATRA
- Teléfono.....Mail.....
- Fecha del último control.....
- ¿Cuándo fue realizado el último control ofmátologico?.....
- ¿Cuándo fue realizado el último control auditivo?.....

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:

- ¿Come solo?.....
- ¿Utiliza cubiertos? (Cuchara, tenedor).....
- ¿Tiene buen apetito?.....¿Come todo?.....
- ¿Qué alimentos prefiere?.....
- ¿Qué alimentos rechaza?.....
- ¿Hay algún alimento que no pueda comer o tiene alguna dieta especial?.....
- Presenta algún problema de: Masticación- deglución – digestión – otros:.....
- ¿Qué actitud toman cuándo no come?.....
- ¿Se mantiene sentado en su lugar en la mesa?.....
- ¿Utiliza silla convencional o de bebé?.....
- ¿Le cuesta permanecer quieto al comer?.....
- ¿Respetar las cuatro comidas diarias? (desayuno – almuerzo – merienda – cena).....

HÁBITOS DE SUEÑO

- ¿Duerme solo?.....¿Comparte la habitación?.....¿Con quién?.....
- ¿A qué hora se despierta?.....¿A qué hora se acuesta?.....
- ¿Se duerme con facilidad?.....
- ¿Tiene alguna rutina para dormir?.....
- ¿Utiliza alguna mascota o elemento para dormir?.....

- Tipo de sueño: Tranquilo – agitado:.....
- ¿Se despierta durante la noche?.....¿Se pasa de cama?.....¿A la de quién?.....
- ¿Siente miedo?.....¿A qué?.....
- ¿Puede dormir en otro domicilio? (Familiar – amigos).....

VESTIMENTA:

- ¿Se viste sólo?.....¿Lo intenta o requiere ayuda?.....
- Manifiesta rechazo o desagrado por texturas (lanas, polar, cuellos, cierres, otros).....

CONTROL DE ESFÍNTERES:

- ¿Controla esfínteres vesical diurno?.....¿Desde qué edad?.....
- ¿Controla esfínteres anal diurno?.....¿Desde qué edad?.....
- ¿Va sólo al baño?.....
- ¿Controla esfínteres vesical nocturno?.....¿Desde qué edad?.....
- ¿Controla esfínteres anal nocturno?.....¿Desde qué edad?.....

SOCIALIZACIÓN:

JUEGO

- ¿Cuáles son sus juegos y juguetes preferidos?.....
- ¿Tiene un lugar donde pueda jugar?.....
- ¿Tiene la posibilidad de disfrutar espacios exteriores (parque, jardín, etc.).....
- ¿Con que frecuencia juega al aire libre?.....
- ¿Con quién juega?.....
- ¿Juega solo?.....
- ¿Busca muy seguido estar solo?.....
- ¿Cuida sus pertenencias?.....¿Rompe los juguetes?.....
- ¿Puede compartir sus juguetes con otros niños?.....
- Aproximadamente ¿Cuántas horas juega por día?.....
- ¿Le gusta que sus padres participen de sus juegos?.....
- ¿Juegan juntos muy a menudo?.....
- ¿Qué conductas le disgustan a su hijo/a?.....

RELACIÓN CON OTROS NIÑOS:

- ¿Tiene oportunidad de jugar con otros niños?.....
¿Con que frecuencia?.....
- ¿Le gusta jugar con otros niños?.....
¿De qué edad los prefiere? (Mayores – iguales – menores).....
¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con otros niños?.....
¿Cómo se relaciona con ellos? (sumiso – Asertivo- dominante).....
- ¿Van niños/as a casa a jugar con el/ella).....
- ¿Se relaciona de forma colaborativa?.....
- ¿Es tolerante o se irrita fácilmente?.....
- ¿Reacciona corporalmente? (pega - muerde – empuja – tira del pelo).....
¿Lo hace con causa o de manera impulsiva?.....

- ¿Participa de actividades sociales (eventos – cumpleaños)?.....
 ¿Concurre a fiestas infantiles?¿Permanece sólo o con un adulto referente?.....
 ¿Qué relación mantiene con el adulto acompañante? (pendiente – dependiente – asistencial –
 indiferencia).....
- Realiza actividades extra-escolares deportivas o recreativas? ¿Cuáles?.....

RELACIÓN CON LOS ADULTOS:

- ¿Se relaciona sin problemas con otros adultos?.....
- ¿Cuáles son las medidas disciplinares que utilizan para marcarle las conductas inapropiadas?.....

- ¿Cómo lo retan?.....¿Con que frecuencia?.....
- ¿Cómo lo premian?..... ¿Con que frecuencia?.....
- ¿Comprende las prohibiciones?.....
- ¿Cómo responde a los límites?.....
- ¿Usted cree que su hijo es obediente?.....
 ¿A quien obedece?.....
- ¿Realiza berrienchas?.....¿Con que frecuencia?.....
- ¿Suele salirse mayormente con la suya?.....
- ¿Cómo es la relación con su hijo/a?.....
- ¿Cómo lo describiría?.....

NIVEL MADURATIVO:

LENGUAJE

Su hijo/a:

- ¿Sonríe naturalmente?
- ¿Emite sonidos guturales?¿Grita desmesuradamente?.....
- ¿Llora muy fuerte (gritando)?.....
- ¿Presenta problemas de pronunciación?.....
- ¿Forma oraciones?
- ¿Cómo se expresa? (gestos, monosílabos, oraciones).....
- ¿Saluda?.....¿Dá la gracias?.....
- ¿A qué edad dijo la primeras palabras?.....
- ¿Habla mucho o poco?.....
- ¿Se le entiende cuando habla?.....¿Quien le entiende?.....
- ¿Se apoya más en el lenguaje oral o gestual?.....
- ¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan expresiones infantiles (gua guau – pipí- tutu,
 etc.).....
- ¿Demanda estar acompañado en demasía?.....
- ¿A qué edad se expresó claramente?.....
- ¿Identifica personas y objetos?.....

- ¿Sigue consignas simples?.....
- ¿Alguien le lee habitualmente?.....
- ¿El niño ve a alguien leer habitualmente en la casa?.....
- ¿Por algún motivo perdió temporalmente el habla?¿Cuál?.....
- ¿Restringe su lenguaje con algunas personas?.....
- ¿Presenta lenguaje ecolálico?(repetir en forma de eco las palabras que dijo otra persona).....
- ¿Se habla otro idioma en el hogar?¿Cuál?.....¿El niño/a lo habla?.....

DESARROLLO MOTRIZ:

- **Pautas madurativas:**
 - Sostén de la cabeza edad:
 - Sentarse solo: edad:
 - Ha gateado: edad:
 - Comienzo de la marcha(caminar) edad:
- ¿Tiene dificultades en el movimiento?.....¿Cuáles?.....
- ¿Presenta caídas frecuentes?.....
- ¿Qué mano utiliza con mayor frecuencia?.....
- ¿Qué pie utiliza con mayor frecuencia?.....
- ¿Presenta movimientos estereotipados (movimientos repetitivos)?.....¿Cuáles?.....
- ¿Se balancea a menudo?.....
- ¿Aletea sus manos/brazos?.....

ESCOLARIZACIÓN:

- ¿Tuvo experiencia previa en otro establecimiento escolar anteriormente?.....
Cuál?.....¿a que edad?.....
- ¿Cuál es el motivo de cambio?.....
- ¿Cómo fue su adaptación?.....
- ¿Cómo se llevaba con sus compañeros?.....
- ¿Qué comentarios u observaciones le han hecho los docentes anteriores de su hijo/a?.....
- ¿Por qué eligió esta institución?(Por recomendación, casualidad, conocimiento previo, cercanía, prestigio, otras razones).....
- ¿Qué espera que la institución le brinde a su hijo y familia?.....
- ¿Cómo le gustaría que fuese la comunicación docente – padres.....

Sólo para turno mañana:

- ¿Va a concurrir a extensión horaria?.....
- ¿Qué días?.....

Firma aclaración y Madre o tutor

Firma y aclaración Padre o tutor

OBSERVACIONES:
