

ENTREVISTA INICIAL - 202

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?.....
- ¿Respetas 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- dominate).....
- ¿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:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.