C.P.I. VAL DE LA ATALAYA
C/ Río Jalón s/n
50430 María de Huerva.
Telf. 976124549
Email: ceipmaria2@educa.aragon.es
Web: www.catedu.es/ceipmariadehuerva2

ENTREVISTA INICIAL CON LAS FAMILIAS

DATOS PERSONALES DEL NIÑO O DE LA NIÑA

Nombre y apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono/s de contacto padre: e-mail:

Teléfono/s de contacto madre: e-mail:

Otros teléfonos de interés:

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos de la madre o tutora:

Fecha y lugar de nacimiento:

Profesión:

Nombre y apellidos del padre o tutor:

Fecha y lugar de nacimiento:

Profesión:

HERMANOS/AS

Número de hermanos/as: Edades:

Lugar que ocupa entre los hermanos/as:

¿Cómo es la relación con sus hermanos/as?

SITUACIÓN FAMILIAR

Personas con las que convive actualmente:

¿Con quién pasa más tiempo el niño?

¿Ha habido o hay alguna situación familiar que haya afectado o afecte a su hijo?

EVOLUCIÓN DEL NIÑO/A

EMBARAZO Y LACTANCIA

¿Transcurrió con normalidad o hubo complicaciones? En caso afirmativo, ¿Cuáles?

¿El parto fue normal o hubo complicaciones? En caso afirmativo, ¿Cuáles?

¿Hubo problemas después del parto? En caso afirmativo, ¿Cuáles?

SALUD Y MADURACIÓN:

Alergias:

Dieta especial:

Calendario de vacunación completo: si no

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿A qué edad?

¿Tiene algún problema?

- Auditivo: Respiratorio:
- Visual: Digestivo:
- Cerebral:
- Motriz:
- De lenguaje:
- Otros datos que le interese destacar:

ALIMENTACIÓN:

¿Come solo? ¿Habitualmente come comida triturada?

¿Utiliza cuchara y / o tenedor?

¿Come de todo?

¿Presenta problemas al ingerir alimentos (masticación deglución, digestión…)?

SUEÑO:

¿A qué hora se acuesta? ¿Se duerme con facilidad?

Indicadores de sueño:

Tipo de sueño: Tranquilo / Agitado / Terrores nocturnos

¿Comparte habitación? ¿Con quién?

¿Tiene algún objeto de apego para dormir?

CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Controla esfínteres? **¿Desde cuándo?**

¿Va solo al cuarto de baño? **¿Se limpia solo?**

¿Controla esfínteres por la noche?

SOCIALIZACIÓN

RELACIÓN CON LOS ADULTOS

¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos?

¿Juegan juntos a menudo?

¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con los adultos?

¿Se relaciona sin problemas con otros adultos?

RELACIÓN CON OTROS NIÑOS Y NIÑAS:

¿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 y niñas a casa a jugar con él/ella?

RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

¿Cuáles son sus juegos y juguetes preferidos?

¿Con qué frecuencia juega al aire libre?

¿A diario cuánto tiempo está frente a una pantalla (tele, tablet, móvil)?

¿Qué tipo de programas ve? **¿Con quién?**

ESCOLARIZACIÓN

¿Ha estado escolarizado en escuela Infantil 0-3? **¿A qué edad?**

¿Cómo se adaptó?

¿Cómo se llevaba con sus compañeros y compañeras?

¿Qué cambios importantes ha observado en su hijo/a desde que va a la escuela?

¿Qué comentarios u observaciones le han hecho los docentes de su hijo/a?

NIVEL MADURATIVO

LENGUAJE

¿A qué edad dijo las primeras palabras? ¿Habla mucho o poco?

¿Se le entiende cuando habla?

¿Se apoya más en el lenguaje oral o en el gestual?

¿Cómo se le corrige cuando dice mal alguna palabra? ¿Cómo?

¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan expresiones infantiles características del niño?

¿Tiene alguna alteración del lenguaje oral?

Idioma/s en que se expresa:

MOTRICIDAD

¿Ha gateado?

¿A qué edad empezó a andar?

¿Tiene dificultades en el movimiento?

¿Qué mano utiliza preferentemente? ¿Y qué pie?

EMOCIONAL

Cómo diría que es su hijo:

¿Dependiente o autónomo?

¿Es inquieto o tranquilo?

Ante los problemas, frustraciones y rabietas ¿Cómo se maneja la situación?

OBSERVACIONES

¿Qué añadiría?