ENTREVISTA CON LOS PADRES

Nota: Todos los datos recogidos en esta entrevista son confidenciales, sirven para conocer al niño/a y atenderlo mejor y no serán conocidos por ninguna persona ajena al Equipo del Centro.

FECHA:…….

DATOS PERSONALES.

- Nombre y Apellidos:
- Nombre familiar:
- Fecha de nacimiento:
- Dirección familiar:
- Teléfono:

DATOS FAMILIARES

- **Nombre de la madre:**
  - ✓ Edad:
  - ✓ Profesión:
  - ✓ Lugar de trabajo:
  - ✓ Horario:

- **Nombre del padre:**
  - ✓ Edad:
  - ✓ Profesión:
  - ✓ Lugar de trabajo:
  - ✓ Horario:

- **Hermanos:**
  - ✓ Nombre: ---------- Edad: …….
    ---------- …….
    ---------- ……

- **Otros miembros de la familia que vivan en casa:**
  - ✓ Nombre: ---------- Edad: ……
    Parentesco con el niño ……..

INFORMACIÓN PARA CASOS DE URGENCIA:

- Lugar donde se puede localizar a la Madre:
  Dirección ---------- Teléfono----------

- Lugar donde se puede localizar al Padre:
  Dirección ---------- Teléfono----------

- Persona a la que se puede llamar en caso de no localizar a los padres:
  Dirección ---------- Teléfono----------

SI NO PUEDO LOCALIZAR A NINGUNO DE LOS PADRES, DOY MI PERMISO, para que en caso de urgencia, el personal del Centro se ocupe del cuidado médico de mi hijo/a.

Firma de los Padres:

HÁBITOS

A- ALIMENTACIÓN:

- ¿Ha habido LACTANCIA MATERNA?
  - SI □
  - NO □

- ¿Usa BIBERÓN?
  - SI □
  - NO □

- ¿Usa CHUPETE?
  - SI □
  - NO □

- ¿Toma PAPILLAS?
  - SI □
  - NO □

- ¿Contenido de las COMIDAS Y HORARIOS?
  - Desayuno ---------- Hora----------
  - Comida ---------- Hora ----------
  - Merienda ---------- Hora ----------
  - Cena ---------- Hora ----------

- ¿ACTITUD frente a la comida?
  - Buena □
  - Mala □
  - Otras □

- ¿RECHAZA la comida si no está PASADA?
  - SI □
  - NO □

- ¿Hay algún alimento en especial que no pueda tomar?
  - SI □
  - NO □
  - Cuales ----------

- ¿Qué alimentos le gustan más?

- ¿Suele devolver la comida?
  - SI □
  - NO □
  - A veces □ ¿Por qué? ----------

- ¿Tiene algún TRATAMIENTO MÉDICO ALIMENTICIO?
  - SI □
  - NO □
  - Cuál ----------
    -
- ¿COME SOLO?
  - SI □
  - NO □

B- <u>SUEÑO:</u>

- ¿DUERME en la CUNA?
  - SI □
  - NO □

- ¿COMPARTE la habitación con alguien? ----------

- ¿Se duerme con facilidad?
  - SI □
  - NO □

- ¿Duerme CON LUZ?
  - SI □
  - NO □

- ¿Tiene costumbre de llevarse algo a la hora de dormir?
  - SI □
  - NO □

- ¿HORARIO DE SUEÑO?
  - Mañana: ¿A qué hora se despierta?----------
    --
    ¿Se vuelve a dormir antes de la comida? -------

  - Tarde: ¿A qué hora suele dormir la siesta? ----

    ¿A qué hora se despierta de la siesta? -

  - Noche: ¿A qué hora suelen acostarle? ----------
    --- ¿Duerme toda la noche o se despierta a menudo?

C- <u>HIGIENE:</u>

- ¿Tiene CONTROL DE ESFÍNTERES?
  - SI □
  - NO □

- ¿Cada cuánto suele ir al servicio? ----------
  --

- ¿Usa el ORINAL?
    - SI □
    - NO □

- ¿ Presenta ALERGIA a algún tipo de jabón, gel…?
    - SI □
    - NO □
    - Cuáles ----------

VIDA RELACIONAL

1-ESPACIO

- Condiciones de la vivienda (Dormitorios, Higiénicas)----------
- ESPACIOS EXTERIORES de la Vivienda ----------

2 –RELACIÓN CON ADULTOS

- Exige mucha ATENCIÓN:
  - MUCHA □
  - POCA □
  - NORMAL □
  -
- ¿Con quién está el niño normalmente?:
  - PADRES □
  - OTROS □ ¿QUIÉNES?----------
- ¿Cómo reacciona con personas desconocidas?: ----------

3 –RELACIÓN CON OTROS NIÑOS/AS

- Se relaciona con otros niños/as:
  - SI □
  - NO □
  - Dónde ----------

- ¿Cómo se relaciona con hermanos, primos? ----------

- ¿Cuáles son sus JUEGOS preferidos?: ----------

  ------

4 –PERSONALIDAD Y TEMPERAMENTO (Elija las que mejor define al niño/a)

SENSIBLE □ HIPERACTIVO □ POCO ACTIVO □

TRANQUILO □ TIMIDO □ SE EXCITO FAC □

CELOSO □ GENEROSO □
ENÉRGICO □ TEMEROSO □

- Tiene MIEDO a algo concreto:
  - SI □
  - NO □
  - A qué ----------

NIVEL MADURATIVO

A –LENGUAJE

- ¿Cómo se COMUNICA?:
  - GESTO □
  - SONIDOS □
  - PALABRAS □

- ¿Sus PALABRAS son inteligibles (se entienden)?:
  - SI □
  - NO □
  - Cuáles-- ----------
  -

B –MOTOR

- ¿Ha GATEADO?:
  - SI □
  - NO □
  - ¿A qué edad? ----------

- ¿A qué edad empezó a ANDAR?: ----------

- ¿Tiene alguna dificultad en el movimiento?:
  - SI □
  - NO □
  - ¿Cuál? ----------

NOTAS MÉDICAS

- Tiene el niño/a algún problema físico o psíquico al que tengamos que prestar especial atención:
  - SI □
  - NO □
  - ¿Cuál? ----------
  -
- ENFERMEDADES QUE HA TENIDO:
  FIEBRES ALTAS □ ENFERMEDADES ALÉRGICAS □
  VARICELA □ MENINGUITIS □
  SARAMPIÓN □ ASMA □
  RUBEOLA □ HEPATITIS □
  POLIO □ EPILEPSIA □
  PAPERAS □ CONVULSIONES □
  OTRAS ----------

- ¿Lleva PLANTILLAS?
  - SI □
  - NO □

- ¿Lleva GAFAS?:
  - SI □
  - NO □
- Tiene problemas de AUDICIÓN:
  - SI □
  - NO □

- Ha sido ingresado en algún CENTRO SANITARIO:
  - SI □
  - NO □

- Tiene problemas DIARREICOS:
  - SI □
  - NO □

- Tiene problemas de ESTREÑIMIENTO:
  - SI □
  - NO □

- OTRAS OBSERVACIONES: ----------
- **<u>ACTITUD DE LOS PADRES:</u>**

¿QUÉ ESPERAN?

- ✓ Del Centro y del niño/a ----------

HAGAN QUE SUS HIJOS RESPETEN LOS ADORNOS DEL CENTRO, <u>NO SE PUEDEN TOCAR</u>, SON ADORNOS, LOS JUGUETES ESTÁN DENTRO DE LAS AULAS.