

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- SUEÑO:

- ¿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- HIGIENE:

- ¿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)

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | SENSIBLE | <input type="checkbox"/> | HIPERACTIVO | <input type="checkbox"/> | POCO ACTIVO |
| <input type="checkbox"/> | TRANQUILO | <input type="checkbox"/> | TIMIDO | <input type="checkbox"/> | SE EXCITO FAC |
| <input type="checkbox"/> | CELOSO | <input type="checkbox"/> | GENEROSO | <input type="checkbox"/> | |
| | ENÉRGICO | <input type="checkbox"/> | TEMEROSO | <input type="checkbox"/> | |

- 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: -----

- ACTITUD DE LOS PADRES:

¿QUÉ ESPERAN?

✓ Del Centro y del niño/a -----

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