

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 viven 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? -----
--

- ¿Uso 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 TEMEROZO

- 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.