



Texto elaborado por:
Equipo AMEI

ENTREVISTA INICIAL SEGÚN EDADES

entrevista previa niños y niñas de 0 a 1 año

ENTREVISTA INICIAL CON LOS PADRES Y MADRES MODELO PARA BEBÉS

REALIZADA EL DÍA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellido del niño/niña:

Fecha de nacimiento: Apodo al que responde:

Nombre de la madre: Profesión

Horario de trabajo: Teléfono

Nombre del padre: Profesión

Horario de trabajo: Teléfono

Dirección familiar: Teléfono

HISTORIA FAMILIAR

Hermanos(nombre y edad):

.....
.....
.....

Lugar que ocupa entre los hermanos:

¿Qué otros miembros de la familia viven en casa?(relación con el bebé y edad):

.....
.....
.....

Familiar con el que más se relaciona:

.....
.....
.....

ALIMENTACIÓN

Le alimenta al pecho: hasta:

¿Con biberón? :

Tiene buen apetito:

Toma algún tipo de vitaminas o minerales:

En caso afirmativo ¿cuales?

.....

¿Qué alimentos toma ahora?.

Frutas Zumos

Verduras Carnes

Cereales Leche(fórmula)

¿Ha presentado alergia o efectos secundarios con algún alimento? :

.....

En caso afirmativo, ¿ con cuáles? :

.....

.....

.....

SUEÑO

¿Cuánto tiempo suele dormir por la noche? :

¿Cuánto duerme durante el día?

Por la mañana:

Por la tarde:

En que postura prefiere dormir:

Llora cuándo se le echa a dormir ¿Cuánto tiempo?.....

Llora cuándo se despierta:

GUSTOS

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? :

.....

¿Cuáles son sus actividades preferidas? :

.....

.....

.....

¿Cómo utiliza los juguetes? :

.....

¿Dónde los utiliza? :

.....

EMBARAZO Y PARTO

El embarazo transcurrió con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

El parto fue con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

¿ Cuánto pesó al nacer? :

SALUD DEL NIÑO O NIÑA

¿Cómo es la salud de su hijo en general? :

¿Tiene alguna minusvalía? :

En caso afirmativo, ¿Cuál? :

.....¿Ha tenido alguna enfermedad grave? : En caso afirmativo, ¿Cuál? :

.....¿Padece alguna enfermedad o tipo de alergia? :

En caso afirmativo, ¿Cuál? :

.....¿Toma alguna medicina a diario? :

En caso afirmativo, ¿Cuál? :

.....¿Qué enfermedades ha padecido? :

ESCOLARIZACIÓN

¿Qué espera de la escolarización del niño/niña? :

¿Conoce nuestro Proyecto Educativo? :

.....

¿Conoce en líneas generales nuestra metodología de trabajo? :

.....

.....

OTRAS OBSERVACIONES DEL PADRE O MADRE RESPECTO DEL NIÑO O NIÑA

OBSERVACIONES DEL EDUCADOR SOBRE EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

Nombre del educador:.....

**entrevista previa niños y niñas
de 1 a 6 años**

ENTREVISTA INICIAL CON LOS PADRES Y MADRES

REALIZADA EL DÍA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellido del niño o niña:

.....Fecha de nacimiento:

Apodo al que responde:

Nombre de la madre: Profesión

Horario de trabajo: Teléfono

Nombre del padre: Profesión:

Horario de trabajo: Teléfono:

Dirección familiar: Teléfono:

HISTORIA FAMILIAR

Hermanos (nombre y edad) :

.....

.....

.....Lugar que ocupa:.....

¿Que otros miembros de la familia viven en casa?:

.....

Familiar con el que más se relaciona :

.....

.....

EMBARAZO Y PARTO

El embarazo transcurrió con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

.....

El parto fue con: normalidad () complicaciones ()

¿ Cuáles? :

.....

¿ Cuánto pesó al nacer? :

ENFERMEDADES SUFRIDAS POR EL NIÑO/NIÑA

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad? :

.....

.....

¿Tiene algún problema? :

Auditivo () Visual () Motriz () Cerebral () Respiratorio ()

De lenguaje () Alérgico () Digestivo () Otros ()

¿Cuáles? :

.....

.....

.....

Los problemas señalados en el apartado anterior ¿ han aparecido en otros miembros de la familia? () ¿ En quién o quienes? :

.....
.....
.....

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

¿ Plantea problemas antes (), durante () o después () de dormir?

¿ Cuáles? :

.....
.....

De bebé con quién dormía: Con el padre y la madre ()
con los hermanos () solo () con otras personas ().

Hasta que edad:

¿ y actualmente? :

¿Se despierta con pesadillas? ¿ Con qué frecuencia? : ¿ Suele dormir siesta? : ¿ Tiene miedos? : ¿ A qué? :

.....

¿Le costó pasar de la alimentación líquida a la sólida? :

¿Cuándo pasó? : ¿ Tuvo problemas: de succión () al tragar () de masticación ()?

¿Plantea actualmente problemas al comer? : ¿Cuáles?

.....
.....
.....

¿Cuáles son sus alimentos preferidos? :

.....
.....

¿Qué alimento rechaza por completo? :

.....
.....

DESARROLLO EVOLUTIVO

¿ Cuándo se sentó sin ayuda? :

¿Cuándo gateo? :

¿Cuándo se levantó y se sostuvo de pie? : ¿Cuándo empezó a andar? : ¿ Ha tenido algún problema para la marcha

.....

¿ Cuáles? :

¿ Come solo? : ¿ Se viste solo? : ¿ Desde cuándo? :

.....

Permanece seco de día: ¿A qué edad comenzó a permanecer seco de día?

.....

Permanece seco de noche: ¿A qué edad comenzó a permanecer seco de noche? : ¿Cuándo comenzó a balbucear? :

..... ¿Y a decir palabras? :

.....

RELACIÓN AFECTIVO SOCIAL

- ¿ Con quién vive? :
- ¿ Quién se encarga de su atención? :
- ¿ Cómo se lleva con el padre? :
- ¿ Con la madre? :
- ¿ Con los hermanos? :
- ¿ A quién prefiere? :
- ¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa? : Rabia () Cariño ()
Pena () Alegría ()
- Otros.....
- ¿Suele llorar? : ¿Por qué? :
- ¿ Suele mentir? : ¿ A qué juega preferentemente? :
.....
- ¿Co
n quién juega? : ¿Cuál o cuales
son sus juguetes preferidos?
:
.....
- ¿Cómo se relaciona con desconocidos? :
.....
.....
.....
.....

ESCOLARIZACIÓN

- ¿ Ha estado escolarizado anteriormente? :
- ¿ desde qué edad? :
- ¿Qué espera de la escolarización del niño/niña? :
.....
.....
.....
- ¿Sabe ya a que colegio llevará al niño o niña?
.....
.....
- ¿Conoce nuestro Proyecto Educativo? :
.....
.....
- ¿Conoce en líneas generales nuestra metodología de trabajo? :
.....
.....

--

OTRAS OBSERVACIONES DEL PADRE O MADRE RESPECTO DEL NIÑO O NIÑA

--

OBSERVACIONES DEL EDUCADOR SOBRE EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

--

Nombre del educador:

<p>AMEI http://www.waece.com info@waece.com</p>
