



ENTREVISTA A LAS FAMILIAS

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO-A	
APELLIDOS Y NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR:
PROVINCIA: PAÍS:	NACIONALIDAD:
ESCOLARIZACIÓN: ACUDE POR PRIMERA VEZ A LA ESCUELA/ESTUVO EN GUARDERÍA	
DATOS FAMILIARES	
NOMBRE Y APELLIDOS DE TUTORES LEGALES (PADRE/MADRE): 1- 2-	PROFESIÓN/SITUACIÓN LABORAL: 1- 2-
FECHAS DE NACIMIENTO DE AMBOS: 1- 2-	
HORARIO LABORAL DE AMBOS: 1- 2-	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONOS DE CONTACTO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
POSIBLES PROBLEMAS DE INTERÉS EN LA FAMILIA:	
PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER EL NIÑO/A:	
HERMANOS: NÚMERO DE HERMANOS:	LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS:
DATOS FÍSICOS Y DE SALUD: -PROBLEMAS EN EL EMBARAZO O PARTO: -ALERGIAS: -PROBLEMAS DE VISIÓN O AUDICIÓN: -HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: -¿LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?: -¿HAY ALGUNA RECOMENDACIÓN SIGNIFICATIVA DEL MÉDICO?: -¿CAMINA CON SEGURIDAD? ¿CORRE CON CIERTA SEGURIDAD?	
LENGUAJE: -¿CUANDO COMENZÓ A HABLAR?	

-¿SE ENTIENDEN SUS EXPRESIONES?

-¿UTILIZA MUCHO EL GESTO?

CONTROL DE ESFÍNTERES:

-¿CONTROLA LOS ESFÍNTERES DE DÍA Y DE NOCHE? DE DÍA DE NOCHE

-¿LO PIDE/ HAY QUE RECORDÁRSELO/SE LE ESCAPA?

-¿UTILIZA EL VÁTER?

SUEÑO:

-¿DUERME BIEN?

- ¿SE DESPIERTA POR LA NOCHE?

-¿DUERME SOLO/A?:

-¿DUERME EN CAMA O EN CUNA?

ALIMENTACIÓN E HIGIENE:

-¿ES CAPAZ DE COMER SOLO?

-ALERGIA A ALIMENTOS:

-¿TOMA BIBERÓN?

-¿ES CAPAZ DE LIMPIARSE DE LA BOCA, LAS MANOS, SONARSE, PONERSE ALGUNA PRENDA DE VESTIR SIN AYUDA? ¿COLABORA PARA MEJORAR SU ASPECTO?

OTROS HÁBITOS

-¿UTILIZA CHUPA?

-USA OTROS

CONDUCTA EMOCIONAL Y SOCIAL:

-¿SE MUESTRA MUY DEPENDIENTE DEL ADULTO/FAMILIARES?

-¿CON QUIÉN PASA LA MAYORÍA DEL TIEMPO?

-¿TIENDE A RELACIONARSE CON OTROS NIÑOS Y NIÑAS?

-¿PREFIERE JUGAR SOLO O CON OTROS NIÑOS-AS?

-¿GENERALMENTE MANIFIESTA SU ESTADO DE ÁNIMO? CONTENTO/A - TRISTE

-¿TIENDE A ENFADARSE SIN MOTIVO?

-¿SUELE TENER RABIETAS?....., ¿LAS UTILIZA PARA INTENTAR LLAMAR LA ATENCIÓN?....., ¿SE CALMA FÁCILMENTE SI INTERVENIMOS EN ELLAS?.....

-ASPECTOS SOBRE LA PERSONALIDAD. HABITUALMENTE SE MUESTRA:
¿ESPONTÁNEO/A?....., ¿TÍMIDO/A?....., ¿TRANQUILO/A?....., ¿INQUIETO/A?.....,
¿CONTROLADO?....., ¿IRRITABLE?....., ¿CAPRICHOSO/A?.....,
¿MIEDOSO/A?....., ¿AGRESIVO/A?....., ¿DOMINANTE?.....

¿NECESITA QUE LE ORIENTES Y AYUDES CON MUCHA-NORMAL-POCA FRECUENCIA?

¿SE DISTRAE CON FACILIDAD?

¿SE MUESTRA COLABORATIVO/A EN LAS TAREAS QUE LE PROPONES?A MENUDO-CASI NUNCA-DE MALA GANA

COMENTA ALGUNA CUALIDAD POSITIVA QUE MUESTRA TU HIJO/A

OBSERVACIONES:

