



ENTREVISTA NIVEL PRIMARIO

Fecha de entrevista			
----------------------------	--	--	--

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido del niño/a:	
--------------------------------------	--

En casa lo llaman:	
---------------------------	--

Fecha Nacimiento	/ /	Lugar	
-------------------------	-----	--------------	--

D.N.I.		Domicilio	
---------------	--	------------------	--

Localidad:		Teléfono	
-------------------	--	-----------------	--

Teléfonos opcionales		Pertenece a	
-----------------------------	--	--------------------	--

Datos Familiares (personas que conviven con el niño, grado de parentesco, edades, estudios, ocupación)

Cantidad de hermanos en:	Nivel Inicial	
	Nivel Primario	
	Nivel Secundario	
	No Estudia	
Estado civil de los padres	Casados	
	Separados	
	Unión de Hecho	
	Madres Solas	
	Viudo/a	
Tipo de familia	Numerosa	
	Familia Tipo	
Estudios cursados por el padre	Primarios	
	Secundarios	
	Terciarios o universitarios	
Estudios cursados por la madre	Primarios	
	Secundarios	
	Terciarios o universitarios	
Relación del niño con:	La mamá:	
	El papá:	
	Los hermanos:	



¿Quiénes viven en la casa?

Tipo de relación mantenida con abuelos y tíos:

¿En casa quienes trabajan?	Mamá	
	Papá	
	Hermanos	
	Otro familiar	
	Sub-ocupados	
	Desocupados	
En la familia hay algún caso de:	Alcoholismo	
	Drogadicción	
	Violencia	
	Abuso	
	otros	

Vivienda

Tipo de vivienda:	Casa	
	Departamento	
	Compartida	
	Otro	
En construcción	Si	
	No	
Nº de habitaciones		
Tiene patio	Si	
	No	
¿Tiene espacio para jugar y/o movilizarse dentro de la casa?	Si	
	No	

Tipos de servicios que posee	Luz	
	Gas	
	Agua	
	Teléfono	
	Video cable	
	Internet	

¿Pasa algún tiempo solo?	Si		¿Cuándo?
	No		

¿Con quién queda el niño?	Padres	
	Empleada	
	Jardín maternal	
	Hermanos	
	Familiares	
	solo	



NACIMIENTO

A término		Prematuro		Natural		Cesárea		Fórceps	
¿Estuvo en incubadora?		¿Cuánto tiempo?							
¿Existió algún contratiempo durante el parto?									
¿Necesitó cuidados especiales?									

ALIMENTACIÓN

¿Cómo fue la primera alimentación?	Pecho		¿Cómo y cuando se produjo el destete?						
Mamadera		¿La usa actualmente?							
¿Qué alimentos ingiere actualmente? (tipo de alimentación)									
Manifiesta placer/apetito		Rechaza algún alimento			¿Cuáles?				
Come solo		Con ayuda		¿Con quién?					
¿Cuáles de las 4 comidas come al día?	Desayuno								
	Almuerzo								
	Merienda								
	cena								
Utiliza adecuadamente los cubiertos	Si		No						
Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación (Celíaco, diabético, etc.)									
Alimentos preferidos									
Alimentos prohibidos						¿Porqué?			

HIGIENE

¿Ha logrado el control de esfínteres en su totalidad? (heces y orina)	
¿Por iniciativa propia o motivación del adulto?	
¿Cómo reaccionaban los padres/adultos frente a la no retención durante ese período?	
¿Colabora con su higiene personal en el baño?	
¿Qué actitud manifiesta durante el baño?	



SALUD

¿Ha padecido enfermedades propias de la edad?				¿Cuáles?			
Intervenciones quirúrgicas				Control médico periódico			
Además del pediatra lo trata/trató otro ¿profesional?				Causas			
¿Es alérgico?				¿A qué?			
¿Está medicado?				¿Padece alguna enfermedad crónica?			
¿Cuándo fue detectada?				¿Actualmente está en tratamiento?			
¿En qué consiste?							
¿Tiene el plan de vacunación completo?				¿Por qué?			
Visión		Normal		Alterada		Especificar cual	
ASPECTO MOTOR		¿Camina?				¿Cuándo comenzó?	
¿Corre?		¿Salta?		¿Trepa?		¿Presenta dificultad motriz?	
¿Cuál?							
¿Logra permanecer sentado?							
¿Le tiene miedo a algo?							
Tuvo convulsiones?		Si		¿Con que frecuencia?			
		no					
¿Esta medicado?		Si		¿Qué medicación?			
		no					
¿Tiene alguna enfermedad cardiológica?		Si					
		No					

SUEÑO

¿Presenta un horario de rutina?				¿Cuánto tiempo duerme?			
¿Cómo es su sueño?		Tranquilo		Con sobresaltos			
¿Se despierta de noche?				Motivos			
¿Cómo se duerme?				¿Requiere de alguna rutina y/o elemento especial?			
¿Dónde duerme? Cuna				Cama		¿Comparte su habitación?	
¿Con quién?				¿Suele pasarse a la cama matrimonial/otra?			
Motivos							

JUEGO

¿A qué juega?				¿Con qué?				¿Con quién?			
¿Imita?				¿Cuáles?							
Comportamiento frecuente: Pasivo				Líder				Provocador			
Destructor				Colaborador				¿Cuáles son sus juguetes preferidos?			
¿Los ordena?				¿Comparte?							



LENGUAJE

¿Considera que la audición de su hijo es la adecuada?	
¿Cómo se comunica su hijo? (balbuceos, gritos, silabaciones sueltas, gestos, frases)	
¿Responde cuando se lo llama por su nombre?	

TEMAS DE INTERÉS

¿Quién pone los límites en su casa?			
¿Hay acuerdo en casa en la puesta de límites?			
¿Qué tipo de límites utiliza?			
¿Ha tenido experiencia en jardín?		¿En cuál?	
¿Asiste a cumpleaños, festejos, etc.?		¿Se queda solo?	
¿Concurre a actividades extraescolares?		¿Cuáles?	
¿Ve televisión?	Si		¿Qué programas?
	No		
¿Cuántas horas diarias?			
¿Utiliza revistas, libros?			
¿Escucha música?	Si		¿Qué género?
	No		
¿Se interesa por realizar preguntas referidas al nacimiento, diferencias de sexos?	Si		
	No		
¿Qué le contestó?			
¿Preguntó por la muerte?			
¿Qué le contestó?			
¿Qué religión practica la familia?			
¿Hay algo que desea comentar sobre su hijo o preguntar sobre la institución?			

Firma y Aclaración del Padre/
Tutor

Firma y Aclaración de la Madre

Lugar y fecha: _____