

## ENTREVISTA INICIAL

Alumno/a : .....

Fecha de Nacimiento:..... Lugar:.....

Domicilio Familiar: ..... Población:.....

Teléfonos: Casa: ..... Móvil Madre: ..... Móvil Padre:.....

Abuelos: ..... Otros: .....

Curso Escolar: ..... Nivel: .....

Tutor/a: .....

Fecha de Realización de la entrevista: .....

### I. DATOS FAMILIARES

- Nombre del Padre:..... Edad:.....

Estudios:.....

Lugar de trabajo: ..... Horario: .....

Correo electrónico : .....

-Nombre de la Madre:..... Edad: .....

Estudios:.....

Lugar de trabajo: ..... Horario: .....

Correo electrónico : .....

Nº de Hermanos/as:..... Lugar que ocupa: .....

Otras personas que conviven con el alumno/a: .....

¿Tienen posibilidad de imprimir información recibida por internet? .....

### II. DATOS ESCOLARES

¿Ha asistido a guardería? ..... ¿Desde qué edad? ..... ¿Cómo se adaptó?.....

¿Realiza alguna actividad extraescolar? ..... ¿Cuál? .....

¿Muestra interés por la escuela o las tareas escolares? .....

### III. DATOS PSICOEVOLUTIVOS

#### **Embarazo:**

Normal:..... Con Dificultades ¿Cuáles? .....

Parto: Normal: ..... Con Dificultades ¿Cuáles?.....

#### **Control de Esfínteres:**

Edad aproximada del control de la orina: .....

¿Se moja durante el día actualmente? .....

Control de orina nocturna ¿Moja la cama?..... ¿Con qué frecuencia? .....

Edad aproximada del control de heces : .....

#### **Motricidad:**

Inicio del gateo a los meses .....

Comenzó a andar a los meses .....

Su hijo se mueve de manera: suelta y segura o torpe .....

Mano que usa preferentemente: .....

#### **Lenguaje:**

Comenzó a hablar a los meses .....

¿Utiliza chupete? ..... ¿Toma biberón?.....

Su lenguaje actual ¿es correcto? .....

Con dificultades de: - Pronunciación .....

- Tartamudeo.....

- De hacerse entender.....

#### **Salud:**

¿Cómo es su visión?..... ¿Cómo es su audición? .....

Enfermedades/Accidentes/Operaciones pasadas

.....

¿Hospitalizaciones?..... Tiempo:.....

- ¿Alguna enfermedad actual? .....
- ¿Necesita atención médica? .....
- ¿Sigue actualmente tratamiento médico? .....
- ¿Han observado si tiene algún tic nervioso? (ojos, manos, piernas...) .....
- ¿Se muerde las uñas? ..... ¿Tiene algún problema respiratorio?.....

**Sueño:**

- Se acuesta habitualmente a las ....., en fin de semana a las .....
- ¿Le cuesta dormirse?..... ¿Se despierta por la noche? ..... ¿Tiene pesadillas?.....
- ¿Necesita de alguien/algo para dormirse? ..... ¿Quién?.....
- ¿Duerme habitualmente la siesta? .....
- ¿Comparte habitación?..... ¿Con quién? .....

**IV.HÁBITOS DE AUTONOMÍA**

**Alimentación:**

- ¿Tiene o ha tenido algún problema de alimentación? .....
- ¿Qué desayuna? .....
- ¿Se mantiene sentado mientras come?..... ¿ Come solo/a? .....
- ¿Qué tipo de alimentación tiene? ( solo purés, variada, alimentos sólidos ... )  
.....

**Aseo:**

- ¿Se lava solo/a las manos y la cara? .....¿Se cepilla los dientes solo? .....
- ¿Tiene autonomía en el WC? .....¿Se baña solo/a? .....

**Vestido:**

- ¿Se viste/quita la ropa solo/a? .....¿Le gusta colaborar para vestirse?.....
- ¿Pone y quita los botones? .....¿Y la cremallera? .....¿Recoge su ropa? .....

**Juego y personalidad:**

¿Qué tipo de juegos prefiere?: .....

Prefiere jugar: ¿Solo/a? ..... ¿Con niños?.....

¿Con niños más pequeños ?..... ¿Con niños mayores?..... ¿Con adultos?.....

¿Le cuesta relacionarse con los niños? .....

¿Cómo se comporta en los juegos?.....

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? .....

¿Tiene hábito de recoger sus juguetes? .....

¿Le gusta la TV? .....¿Qué programas?.....

¿Cuántas horas ve la TV al día?..... ¿Suele ver la TV solo o acompañado? .....

**Características Personales:** describa a su hijo/a

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

**IV. RELACIONES SOCIOFAMILIARES**

Relación con el Padre: .....

Relación con la Madre:.....

Relación con los hermanos/as:.....

Problemas familiares que afecten actualmente o que pudieran haber afectado al rendimiento del alumno/a, en su estado de ánimo, o en su evolución :

.....  
.....

**V. OTROS DATOS DE INTERÉS:**

.....  
.....