

ENTREVISTA INICIAL MATERNAL

SALA DE 1 AÑO

Nombre y apellido del niño/a

Fecha de nacimiento.....

Nacido en

Domicilio.....Dueño o Alquila.....

Teléfono.....

Teléfonos alternativos.....

GRUPO FAMILIAR:

Nombre del Padre.....Estudios.....

Ocupación.....

Nombre de la madreEstudios.....

Ocupación

¿Quién cuida al niño en caso de ausencia de los padres?

.....

¿Cómo lo llaman en la familia? ¿Por su nombre o algún sobrenombre?

Hermanos:

| Nombre | Edad | Escolaridad |
|--------|------|-------------|
|--------|------|-------------|

.....

.....

.....

.....

Estado actual de los padres.....

¿Vive el niño con sus padres?

¿Qué otras personas comparten el grupo familiar?

¿Cómo es la relación con el niño y dichas personas?

¿Con qué persona comparte la mayor parte del tiempo?

¿Existen problemas en el hogar que puedan influir en el niño?

.....

ANTECEDENTES EN EL AREA DE SALUD

¿Cómo fue el embarazo?

¿Cómo fue el parto?

Enfermedades padecidas o diagnosticadas:

¿Tuvo en alguna oportunidad desmayos, convulsiones?

¿Padeció alguna operación?

¿Toma alguna medicación?

¿Cómo suele reaccionar ante la fiebre?

¿Es alérgico? ¿A qué? ¿Está en tratamiento?

Consideraciones acerca del área de salud

.....

DESARROLLO Y AUTONOMIA

- ¿Camina solo/a? ¿A qué edad comenzó a hacerlo?
- ¿Cómo se traslada: gateando, con marcha firme o inestable aun?
- ¿Sube o baja escalones con ayuda?
- ¿Se mantiene sentado/a sin apoyo?
- ¿Cómo se comunica cuando quiere algo?
- ¿Usa palabras? ¿Cuáles?
- ¿Señala para pedir algo?
- ¿Imita gestos o acciones?
- ¿Responde cuando lo llaman por su nombre?
- ¿Cómo manifiesta enojo o frustraciones?

ALIMENTACION

- ¿Toma el pecho? ¿En qué momentos del día?
- ¿Come solo/a con la mano o necesita ayuda?
- ¿Cómo es la rutina de alimentación? ¿Permanece sentado con agrado?
- ¿Desayuna? ¿Qué alimentos consume?
- ¿Almuerza comida sólida, triturados o en trozos?
- ¿Merienda? ¿Qué suele consumir?
- ¿Cena? ¿Qué tipos de alimentos?
- ¿Toma bebidas en mamadera y/o vaso?
- ¿Toma agua, jugo o te?
- ¿Presenta alguna alergia o intolerancia alimentaria?

SUEÑO

- ¿A qué hora se despierta habitualmente?
- ¿Cuántas siestas realiza por día?
- ¿En qué horarios duerme las siestas?
- ¿Cuánto tiempo dura cada siesta aproximadamente?
- ¿Cómo se duerme? (solo/con mamadera/meciéndolo/en brazos/con objetos)
- ¿Usa chupete u objeto de apego para dormir? ¿se chupa el dedo?
- ¿A qué hora se acuesta por la noche?
- ¿Se despierta con frecuencia? ¿Se angustia cuando duerme?
- ¿Cuántas horas duerme?
- ¿Duerme solo o hace colecho?
- ¿Comparte la habitación?
- ¿Ha dormido fuera de casa? ¿Dónde?

HIGIENE Y CAMBIADO

- ¿Muestra intención para lavarse solo/a? ¿Para cambiarse?
- ¿Usa pañal? ¿cada cuánto se lo cambian habitualmente?
- ¿Avisa de alguna manera cuando está sucio o majado?
- ¿Tiene alguna rutina específica para el cambiado?
- ¿Cómo reacciona ante el cambio de pañal?

JUEGOS E INTERESES

¿Cuáles son sus juegos y juguetes preferidos?

.....

¿Se entretiene solo o solicita compañía?

¿Es ordenado y cuidadoso con sus juguetes?

¿Se interesa por los cuentos y canciones?

¿Usa pantallas? ¿Televisor, celular, computadora o Tablet?

¿Qué tipo de contenido mira?

¿Cuánto tiempo? ¿Lo hace solo o acompañado?

¿Hace paseos? ¿A dónde?

¿Con quién?

¿Va a fiestas infantiles?

¿Tiene animales domésticos? ¿Cómo los trata?

COMPORTAMIENTO-RELACIONES

¿Cómo describiría el comportamiento habitual de su hijo/a?

.....

.....

¿Cómo responde el niño/a frente a los límites y/o cambios?

.....

.....

¿Se relaciona con otros niños?

¿Tiene miedo a algo?

¿Qué lo calma cuando llora?

¿Hay alguna situación que suele alterarlo?

¿Hay alguna palabra o canción que lo tranquilice?

CATEQUESIS

¿Se lo ha llevado al templo? ¿Se persigna?

¿Reza?

¿Manifiesta algún interés en el tema?

DE INTERES

¿Por qué han decidido enviarlo al jardín?

.....

¿Han tenido experiencias anteriores en otro Jardín? ¿Cómo resultaron?

.....

.....

