



ENTREVISTA INICIAL NIVEL 0-1.

Con esta entrevista pretendemos recopilar información para empezar a conocer a vuestro hijo-a.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

Datos del niño-a:

Nombre: Apellidos:

Nombre familiar: Fecha de nacimiento:

Lugar: Nacionalidad:

Domicilio:

Provincia: Municipio:

Código postal: Teléfono fijo:

Fecha de ingreso: Horario solicitado:

Horarios ampl : Mañana 07:30 08:00 08:30 Tarde:16:30 17:00 7:30

Asistencia anterior a otro centro:

Asistencia a otro centro:

Familia

Nº de hermanos:..... Nombre: Edad: Nombre: Edad:

Nombre: Edad: Nombre: Edad:

Lugar que ocupa entre ellos:

Relación que tienen con él:

Circunstancias familiares especiales (Viven más personas en casa,

Separación):.....

Con quién pasa más tiempo:

Idioma hablado en la familia:

PADRE

Nombre: Apellidos:

Edad: Nivel de estudios:

¿Trabaja? Profesión actual:

Centro de trabajo: Horario:

Localidad de trabajo: Móvil: T. Trabajo:



MADRE

Nombre: Apellidos:

Edad: Nivel de estudios:

¿Trabaja? Profesión actual:

Centro de trabajo: Horario:

Localidad de trabajo: Móvil: T. Trabajo:

Email de contacto:

OBSERVACIONES:

Historial

Aspectos a destacar durante el embarazo:

Sufrió alguna complicación (diabetes gest., tensión, ...):

Aspectos a destacar durante el parto:

Semana de gestación: Tipo de parto (natural, cesárea, fórceps):

Necesito reanimación: Padece algún tipo de enfermedad o alergia:

Ha sufrido alguna enfermedad o accidente a destacar:

Necesita medicación continuada: ¿Cuál?:

¿Está al día con la cartilla de vacunación?:

OBSERVACIONES:

Hábitos

ALIMENTACIÓN

Momento de comida:

Alimentación lecha materna : Tiempo:.....Dificultades (vómitos, inapetencia, gases...):Ritmo de tomas:

Alimentación artificial: Desde cuando:Dificultades (vómitos, inapetencia, gases...):

Ritmo de comida (periodicidad, ritmos...):

Marca leche: Marca cereales.....

Desayuno:Cantidad:

Comida: Cantidad:

Merienda:



Alergia o intolerancia a algún alimento:

Cómo le dais de comer (en brazos, sentado en trona...):

Hábito intestinal:

Alimentos introducidos: P.VERDURA POLLO TERNERA PESCADO HUEVOYOGUR

 LEGUMBRES LECHE ENTERA AGUA GRIFO

Hace toma nocturna:

OBSERVACIONES:

SUEÑO

¿Hacéis colecho?.....

Dónde duerme (cuna, gandulita...):

Cómo se duerme (solo, en brazos, moviendo la cuna):

Con quién duerme:.....

Cómo es el sueño:

Utiliza algún objeto (chupete, muñeco...):

Ritmo de sueño o vigilia:

OBSERVACIONES:

Desarrollo motriz

Sostiene la cabeza: Edad:

Se mantiene sentado: Edad:

Gatea o reptá:..... Edad:

Se mantiene de pie: Edad:

Da pasos: Edad:

OBSERVACIONES:

Desarrollo lingüístico

Balbucea..... Señala.....

Sonido vocálicos:..... Sonidos silábicos.....



Algunas palabras significativas:.....

OBSERVACIONES:

Desarrollo afectivo-social

Responde a su nombre:.....Sonríe.....

Mira a los ojos

Extraña a otros:.....Llora cuando os vais.....

Qué haceis:.....Usa chupete.....

Demuestra temor o miedo a alguien o a algo:.....

OBSERVACIONES

Juego

Cómo Juega (tranquilo movido).....

Tienen que jugar los padres con él.....

Juguete preferido: Rechaza algún material:

¿Dónde pasa la mayor parte del tiempo?(hamaca, suelo, brazos,etc):

OBSERVACIONES:

Personas a las que avisar en caso de no poder contactar con los padres

Nombre	Parentesco	Teléfono
.....
.....
.....
.....