JARDÍN DE INFANTES GIOVANNI PASCOLI

ENTREVISTA INICIAL PARA FAMILIAS

SALA DE 2 AÑOS

Nombre y apellido del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la madre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

1. DATOS FAMILIARES

¿Con quién vive el niño/a?

□ Mamá y papá

□ Mamá □ Papá

□ Familia ensamblada

□ Otros: _____

¿Tiene hermanos?

□ No

□ Sí. ¿Cuántos? _____ Edades: _____

2. ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO Y PRIMEROS AÑOS

¿El embarazo transcurrió normalmente?

□ Sí □No

En caso de responder no, especifique:

_____

_____

¿Cómo fue el parto?

□ Natural □ Cesárea programada

□ Cesárea de

□ Otro: _____

¿Nació en término?

□ Sí

□ No

Peso al nacer: _____

¿Requirió internación luego del nacimiento?

□ No

□ Sí

Motivo:

_____

_____

Primer año de vida

¿Presentó alguna dificultad durante el primer año de vida?

□ No

□ Sí

¿Cuál/es?

_____

_____

¿Tuvo internaciones durante el primer año?

□ No

□ Sí

Motivo:

_____

_____

¿Presentó dificultades en alguno de los siguientes aspectos?

□ Alimentación □ Sueño

□ Desarrollo motor □ Audición

□ Visión □ Lenguaje

□ Otro: _____

Observaciones:

_____

_____

3. SALUD

¿Presenta alguna enfermedad, alergia o condición de salud que debamos conocer?

_____

_____

¿Toma medicación?

□ No

□ Sí. ¿Cuál? _____

¿Tiene controles médicos periódicos?

□ Sí

□ No

Observaciones importantes sobre su salud:

_____

_____

4. HÁBITOS Y RUTINAS

Horario habitual de sueño nocturno: _____

¿Realiza siesta?

□ Sí □ No

Horario aproximado: _____

¿Usa chupete?

□ Sí □ No

¿Usa mamadera?

□ Sí □ No

¿Se encuentra en proceso de control de esfínteres?

□ Sí □ No

¿Utiliza pañal?

□ Sí □ No

---

5. ALIMENTACIÓN

¿Cómo es su alimentación?

_____

_____

¿Come solo/a?

□ Siempre □ A veces

□ Necesita ayuda

¿Hay alimentos que rechaza o no puede consumir?

_____

_____

_____

6. DESARROLLO Y AUTONOMÍA

¿Camina y corre con seguridad?

□ Sí □ No

¿Sube y baja escalones con ayuda?

□ Sí □ No

¿Intenta vestirse o desvestirse solo/a?

□ Sí □ No

¿Qué actividades disfruta realizar?

_____

_____

¿Tiene algún juguete u objeto preferido?

_____

_____

_____

7. COMUNICACIÓN Y VINCULACIÓN

¿Cómo se comunica habitualmente?

□ Con palabras □ Con frases cortas

□ Con gestos □ Combina palabras y gestos

¿Qué palabras utiliza con mayor frecuencia?

_____

_____

¿Cómo expresa sus necesidades o emociones?

_____

_____

¿Suele relacionarse con otros niños?

□ Fácilmente

□ A veces

□ Le cuesta

Observaciones:

_____

_____

_____

8. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Marque las opciones que considere que describen mejor a su hijo/a:

□ Cariñoso/a

□ Sociable

□ Curioso/a

□ Independiente

□ Tímido/a

□ Inquieto/a

□ Tranquilo/a

□ Observador/a

□ Perseverante

□ Sensible

□ Otro: _____

¿Qué considera que es lo que más disfruta hacer?

_____

_____

¿Qué situaciones suelen molestarlo/a o preocuparlo/a? ¿Cómo reacciona ante estas situaciones?

_____

_____

¿Cómo se lo contiene?

_____

_____

¿Qué le gustaría que las docentes conozcan sobre su hijo/a?

_____

_____

9. EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA

¿Qué esperan de esta experiencia en el Jardín?

_____

_____

_____

_____

Firma: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____