

“Ayudarles es nuestra meta, verlos crecer nuestra recompensa”

Tel: 2261-3640
Web: www.villaheredia.com

Fax: 2263-6893
Correo: info@villaheredia.com

ENTREVISTA INICIAL CON EL PADRE, MADRE O ENCARGADO

(Solo estudiantes de nuevo ingreso únicamente)

Fecha: _____

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño o niña: _____
Nacionalidad: _____
Fecha de nacimiento: _____
No de cédula: _____
Edad cumplida al 15 de febrero de 2020: _____
Nivel: _____

2. EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO INMEDIATO

- ¿Hubo partos anteriores a este niño (a)? Sí() No()
- ¿Padeció durante el embarazo de: (Favor marcar con una X la respuesta)
 - hemorragias Sí() No()
 - convulsiones Sí() No()
 - rubéola Sí() No()
 - accidente Sí() No()Explique _____
- ¿Nombre del Hospital donde se llevó a cabo el parto?: _____
- ¿Cómo fue el parto?: (Favor marcar con una X la respuesta)

| | | | | | |
|---------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| -normal | Sí() | No() | -lloró apenas nació | Sí() | No() |
| -prematuro | Sí() | No() | -nació morado | Sí() | No() |
| -se utilizó fórceps | Sí() | No() | -nació amarillo | Sí() | No() |
| -cesárea | Sí() | No() | | | |
- ¿Hubo sufrimiento fetal? Sí() No()
Otros, explique: _____
- ¿Hubo placenta previa? Sí() No()
- Posición al nacer: () De cabeza () De pie () Sentado

- Peso al nacer: _____
- Test de Apgar: _____
- Pérdidas _____

3. GRUPO FAMILIAR

- Nombre del padre: _____
- Ocupación: _____
- Edad: _____
- Teléfonos: _____

- Nombre de la madre: _____
- Ocupación: _____
- Edad: _____
- Teléfonos: _____

- Persona encargada del cuidado del estudiante: _____
- Teléfonos: _____

- Nombre de los hermanos (as):

- Niveles que cursan en la escuela:

- Posición que ocupa dentro del grupo de hermanos: _____

- Manifiesta celos de alguno de ellos?
 ¿Por qué? _____

- Qué otros miembros familiares viven en su casa?

- ¿Qué tipo de relación tiene con este niño (a)?

- ¿De cuál o cuáles temas habla o pregunta?

- ¿Ha pasado por alguna pérdida o separación de familiares o alguna situación especial?

- ¿Cómo corrige o disciplina usted a su hijo (a) Explique?

- ¿Presenta algún temor, presenta alguna medida de presión para conseguir lo que quiere?

- ¿Ha recibido alguna formación o educación extracurricular?

Sí () No ()

¿Cuál? _____

4. **ASPECTOS DE SU SALUD Y DESARROLLO**

- Enfermedades que ha padecido el niño(a):

- ¿En la actualidad padece de alguna afección o enfermedad que requiera especial atención?

- ¿Tiene al día las vacunas?: Sí() No()

¿Cuáles le faltan?: _____

- ¿Es alérgico a algún medicamento o comida? Explique con detalle:

- ¿Se le ha prescrito algún medicamento que deba dársele durante su permanencia en el preescolar?, explique cuál y la dosis correspondiente:

- ¿Ha tenido operaciones?

Sí () No ():

- ¿Ha tenido algún accidente y en caso de existir recomendaciones, por favor descríbalas con detalle?

- Edad en que comenzó a hablar? _____

- A gatear _____

- A caminar _____

- ¿A qué edad controló esfínteres?: _____

- Tiene sueño tranquilo ? : Sí() No()

- Ronca ? : Sí() No()

- Se orina dormido (a)? : Sí() No()

- Es sonámbulo (a)? : Sí() No()

- Habla dormido (a)? : Sí() No()

- Lo considera introvertido (a)? : Sí() No()

- Lo considera extrovertido (a)? : Sí() No()

- Lo considera nervioso (a)? : Sí() No()

- Es ansioso (a)? : Sí() No()

- Pelea con facilidad ¿: Sí() No()
- Muestra baja tolerancia a las frustraciones? Sí() No()
- ¿Ha sido evaluado por algún profesional en Psicología, Psicopedagogía, Terapia del Lenguaje, Neurología, Fisioterapia, otros? Sí() No()
- ¿Recibió o recibe algún tipo de terapia? Sí() No()

Explique: _____

- ¿De qué fecha a qué fecha? _____
- Nombre y teléfono del especialista: _____

(Solicitar informes o evaluaciones para el expediente)

5. RESPECTO A LOS HÁBITOS DE HIGIENE

- Es autónomo en su aseo?: Sí() No()
- ¿Se lava las manos solo (a)?: Sí() No()
- Los dientes Sí() No()
- Se peina Sí() No()
- Se viste solo(a) o pide ayuda o trata de hacerlo por su cuenta:

- Se pone los zapatos: Sí() No() Sabe hacerse el lazo: Sí() No()
- Cómo se expresa para indicar que desea ir al baño:

- ¿A qué hora se acuesta?: _____
- ¿Cuántas horas duerme?: _____
- ¿Se pasa a la cama de los padres?: Sí() No()
- ¿Duerme en habitación sola o compartida? _____
- ¿Suele dormir fuera de casa?: _____
- ¿Usa chupeta? Sí() No() ¿En qué momentos? _____
- ¿Necesita algún elemento especial para dormirse? (luz, juguete, cobijita...):
 Sí() No() ¿Cuál? _____
- Le cantan y le cuentan cuentos? Sí() No()
 ¿Quién lo hace? _____
- ¿Duerme siesta? Sí() No()
- ¿Cómo se despierta? (malhumorado, contento): _____

6. ACTIVIDADES O ACCIONES QUE REALIZA

- Prefiere jugar con _____
- Ordena sus juguetes Sí() No()
- Le gusta dramatizar Sí() No() ¿Qué personaje o papel elige? _____
- ¿Qué actividades realiza en familia? _____
- ¿Cuántas horas ve televisión al día? ¿Qué tipo de programas ve?

- ¿Le gusta asistir a las fiestas infantiles y porqué?

- ¿Con quién juega generalmente? (hermanos, solo, amigos...) _____
- ¿Qué actitud y rol le gusta asumir en el juego? _____
- Acostumbra a jugar en casas de otros niños (as)? _____
- Prefiere niños () o niñas () para jugar? _____
- Prefiere jugar con niños de su misma edad, por favor marque con una X () mayores () menores () no tiene importancia () ,
- Es activo(a) () Es pasivo(a) ()
- ¿Cómo se relaciona con los adultos? _____

7. ASPECTOS DE SU EXPRESIÓN ORAL

- ¿Cuáles idiomas se utilizan en casa? _____
- Lengua nativa? _____
- ¿Se expresa pronunciando correctamente con monosílabos, oraciones, hablando, en forma no verbal? _____
- Interrumpe a los otros o deja hablar? _____
- ¿Se le habla con claridad en casa? _____

8. INCLUSIÓN FORMAL

- ¿A qué edad inicio la educación preescolar? _____
- ¿En cuáles instituciones educativas ha estado? _____

- ¿Presentó alguna dificultad para adaptarse?, Explique: _____

Observaciones generales:

Nombre del padre, madre o encargado

Firma del padre, madre o encargado