

ENTREVISTA INICIAL A PADRES DE FAMILIA
JARDÍN DE NIÑOS VICENTE GUERRERO



DATOS PERSONALES



NOMBRE DEL NIÑO: _____



DATOS FAMILIARES



NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ CONVIVE CON EL NIÑO(A): _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ CONVIVE CON EL NIÑO(A): _____

PRESENTA EL NIÑO ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL DE QUE DEBA TENER CONOCIMIENTO LA EDUCADORA? _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMO PODEMOS LOCALIZARLE? _____



DESARROLLO PSICOLÓGICO Y FÍSICO DEL NIÑO



QUE LUGAR OCUPA EL NIÑO EN LA FAMILIA? _____

CUANTOS HERMANOS TIENE? _____ DE QUE EDADES? _____

COMO ES SU RELACIÓN CON ELLOS? _____

CONSIDERA TRATARLO IGUAL QUE A LOS DEMÁS? _____ POR QUE? _____

SU EMBARAZO FUE DESEADO? _____ PORQUE? _____

SU HIJO(A) FUE DE TERMINO O PREMATURO? _____

PARTO NATURAL O CESÁREA? _____

PRESENTO ALGÚN PROBLEMA DURANTE EL PARTO? _____

DE SER ASÍ MENCIONELO: _____

LLORÓ EL BEBÉ DE INMEDIATO? _____

NACIÓ CON ALGÚN PROBLEMA O CONDICIÓN ESPECIAL? _____

REQUIRÍÓ HOSPITALIZACIÓN, INCUBADORA, O ALGUNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA? _____

TIENE TODAS SUS VACUNAS? _____ HUBO LACTANCIA MATERNA? _____ CUANTO TIEMPO? _____

GATEÓ? _____ A QUE EDAD CAMINÓ? _____ A QUE EDAD HABLÓ? _____

CONTROLA ESFÍNTERES? _____ DESDE CUANDO? _____

HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

- | | |
|---|--|
| (<input type="checkbox"/>) BRONQUITIS | (<input type="checkbox"/>) ROTAVIRUS |
| (<input type="checkbox"/>) BRONQUIOLITIS | (<input type="checkbox"/>) ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES |
| (<input type="checkbox"/>) PULMONÍA | (<input type="checkbox"/>) ALTA O BAJA PRESIÓN |
| (<input type="checkbox"/>) NEUMONÍA | (<input type="checkbox"/>) INFECCIÓN RENAL |
| (<input type="checkbox"/>) VARICELA | (<input type="checkbox"/>) GASTRITIS |
| (<input type="checkbox"/>) SARAPIÓN | (<input type="checkbox"/>) AMIBIASIS |
| (<input type="checkbox"/>) HEPATITIS | (<input type="checkbox"/>) TIPOIDEA |
| (<input type="checkbox"/>) DESHIDRATACIÓN | |
| (<input type="checkbox"/>) OTRA(S) MENCIONAR: _____ | |

CONSIDERA QUE SU HIJO(A) VE BIEN? _____.

ESCUCHA BIEN? _____.

DUERME BIEN? _____.

SE ALIMENTA BIEN? _____.

HAY ALGO QUE NO LE GUSTE O NO PUEDA COMER? _____



AMBIENTE FAMILIAR



CUANTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA Y QUIENES SON? _____

QUE ACTIVIDADES DE LAS SIGUIENTES REALIZAN EN FAMILIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> COMIDA | <input type="checkbox"/> PRACTICAR ALGÚN DEPORTE |
| <input type="checkbox"/> VER TELEVISION | <input type="checkbox"/> TRABAJO EN EL CAMPO |
| <input type="checkbox"/> SALIR DE PASEO | <input type="checkbox"/> ALGÚN OFICIO |

ACOSTUMBRAN EN CASA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> LEER | <input type="checkbox"/> CONTARLE CUENTOS AL NIÑO(A) |
| <input type="checkbox"/> ESCUCHAR MUSICA | <input type="checkbox"/> JUGAR CON EL(ELLA) |

EN CASA ES COMÚN QUE SE USEN MALAS PALABRAS, APODOS, O PALABRAS OFENSIVAS? _____