

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 TÉRMINO O PREMATURO? \_\_\_\_\_

PARTO NATURAL O CESÁREA? \_\_\_\_\_

PRESENTO ALGÚN PROBLEMA DURANTE EL PARTO? \_\_\_\_\_

DE SER ASÍ MENCIONELO: \_\_\_\_\_

LLORO EL BEBE DE INMEDIATO? \_\_\_\_\_

NACIÓ CON ALGÚN PROBLEMA O CONDICIÓN ESPECIAL? \_\_\_\_\_

REQUIRIÓ 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:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) BRONQUITIS               | ( ) ROTAVIRUS                       |
| ( ) BRONQUIOLITIS            | ( ) ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES |
| ( ) PULMONÍA                 | ( ) ALTA O BAJA PRESIÓN             |
| ( ) NEUMONÍA                 | ( ) INFECCIÓN RENAL                 |
| ( ) VARICELA                 | ( ) GASTRITIS                       |
| ( ) SARAMPIÓN                | ( ) AMIBIASIS                       |
| ( ) HEPATITIS                | ( ) TIFOIDEA                        |
| ( ) DESHIDRATACIÓN           |                                     |
| ( ) 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? \_\_\_\_\_