

Entrevista

01

Información Personal

Nombre:	
Edad:	
Género:	
Peso:	
Altura:	
Nombre de mamá/papá/encargado	
Con quién vive/Núcleo familiar	

02

Condiciones Médicas

Tiene alguna enfermedad o condición médica:	
Ha sido operado:	
Ha tenido fracturas:	
Cuál fue la última visita al pediatra:	
Descripción del desarrollo de los 0 a los 3 años:	

03

ADV

<p>¿Puede bañarse de manera independiente?</p> <p>Tiene control de esfínteres durante el día y la noche?</p> <p>Puede realizar su aseo después de orinar/defecar:</p>	
<p>Usa pañales en algún momento:</p> <p>Se coloca la ropa solo:</p> <p>Es capaz de elegir su atuendo:</p>	
<p>Sabe seguir el orden que debe seguir la ropa:</p> <p>Sabe amarrar sus zapatos:</p> <p>Sabe comer solo:</p>	
<p>What are your main challenges? Sujeta la cuchara/tenedor de manera adecuada:</p> <p>Toma líquidos de un vaso:</p> <p>Sabe lavarse los dientes:</p>	

04

Descanso y Sueño

Tiene un horario para dormir:	
Duerme con luces encendidas:	
Dónde duerme:	
Se despierta en la noche:	
Cuántas horas duerme:	

05

Educación

Asiste a un centro educativo:	
Cuál grado cursa:	
A qué edad empezó a ir:	
¿Cómo fue el inicio al ingresar al centro educativo?	
Tiene buena relación con los padres y la docente	
Realiza de manera adecuada las actividades propuestas en el centro educativo	
Ha recibido algún tipo de servicio	

06

Juego

¿Qué realiza durante el día?	
Cuáles juegos son sus preferidos:	
Le gusta compartir sus juguetes:	
Utiliza aparatos tecnológicos:	

07

Participación Social

Asiste a algún grupo o actividad social:	
Se involucra con otras personas de manera adecuada	

08

Motivo de Consulta

Observaciones	
---------------	--