

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:	



ADV

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

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 pares 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	
---------------	--