

ENTREVISTA INICIAL

Fecha de la entrevista: ____/____/____

1. DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:

.....

En casa lo llaman:

.....

Fecha de nacimiento: _____

2. DATOS FAMILIARES:

Estado Civil de los padres:

Casados

Madres solas

Separados

Viudo/a

Unión de Hecho

Apellidos y Nombre del Padre:

Edad:

Estudios:

Primarios

Otros

Secundarios

(indicar): _____

Universitarios

Profesión: _____

Apellidos y Nombre de la Madre:

Edad:

Estudios:

Primarios.

Otros. (Indicar):

Secundarios.

Universitarios

Profesión: _____

¿Con quiénes convive el/la niño/a? _____

Número de Hermanos/as Niña/as Niño/os: _____

Posición que ocupa entre ellos/as: _____

Otras personas que conviven en la misma vivienda:

Nombre

Parentesco

3. DATOS PSICOEVOLUTIVOS-SALUD: (marcar la respuesta correcta)

¿Existió algún problema "pre" o "perinatal"? Sí / No
Si la respuesta anterior fuera afirmativa, explique cuál.

¿Ha padecido ya alguna enfermedad infantil? Sí / No
Si la respuesta anterior fuera afirmativa, explique cuál.

¿Ha sufrido algún accidente importante? Sí / No

¿Ha sido hospitalizado? Si /No

Sufre o ha sufrido de:

- Crisis respiratoria
- Dificultad visual
- Audición
- Torpeza motriz

¿Es alérgico/a a algún medicamento, sustancia o alimento? Si / No
(en caso afirmativo indicar cuál) _____

¿Cómo es su visión?

¿Cómo es su audición?

Enfermedades/Accidentes/Operaciones pasadas

¿Hospitalizaciones?

Causa

Tiempo

¿Alguna enfermedad actual? Sí / No ¿Necesita atención médica? Sí / No

¿Sigue actualmente tratamiento médico? Sí / No

¿Han observado si tiene algún tic nervioso? (ojos, manos, piernas...)

¿Se muerde las uñas? Sí / No

¿Tiene algún problema respiratorio? Sí / No

3.1. CONTROL DE ESFÍNTERES:

Edad aproximada de Control del pis: _____

¿Se moja durante el día actualmente? Sí / No

Control de orina nocturna

¿Mojó la cama? Sí / No

¿Con qué frecuencia? Sí / No

Control de heces

¿Se estriñe o tiene diarreas con frecuencia? Sí / No

3.2. SUEÑO:

Se acuesta habitualmente a las _____ horas, en fin de semana a las _____ horas

¿Le cuesta dormirse? Sí / No ¿Se despierta por la noche? Sí / No

¿Tiene pesadillas? Sí /no

¿Necesita de alguien/algo para dormirse? Sí / No

¿Duerme habitualmente la siesta? Sí / No

¿Comparte habitación? Sí / No ¿Con quién? _____

4. LENGUAJE:

Indicar aproximadamente la edad en la que se inició:

- Primeras emisiones de sonidos y balbuceos: _____
- Primeras palabras: _____
- Primeras frases: _____

¿Son claras las palabras que utiliza su hijo/a? Si / No

¿Forma frases? Si/ No

¿Se le habla con lenguaje de adultos? Si/ No

Comenzó a hablar de manera autónoma a los _____ meses

Su lenguaje actual es: correcto

con dificultades de:

- Pronunciación
- Tartamudeo
- De hacerse entender

¿Cómo es su pronunciación?

- Ininteligible
- Parcialmente inteligible
- Inteligible

¿Cómo es su vocabulario?

- Se ciñe a pocas palabras
- Está aumentando su vocabulario.
- Enriquecido.

¿Puede expresar lo que vivencia? Sí / No

¿Conversan los integrantes de la familia con el/la menor? Sí / No

¿Sobre qué temas?

¿Cuándo se equivoca al hablar es corregido? Sí / No ¿cómo?

5. MOTRICIDAD:

Inicio del gateo a los _____ meses

Comenzó a andar a los _____ meses

Control postural: A los

Su hijo se mueve de manera: a) suelta y segura
b) inestable

Mano que usa preferentemente:

a) derecha b) izquierda c) no está definido aún

6. ALIMENTACIÓN.

¿Presenta algún problema de alimentación? Si / No

En caso afirmativo, explicar cuál

¿Tipo de alimentación?

- Triturada/papilla
- Semitriturada/ rallada
- Con trocitos
- Entera

¿Rechaza algún alimento repetidamente? Si / No

En caso afirmativo, explicar cuáles.

¿Tiene buen apetito? Si / No

¿Utiliza el biberón para alguna comida?

Desayuno

Merienda

Almuerzo

Cena

¿Come solo/a? Si No

¿Utiliza la cuchara y el tenedor? Si / No

6.1. ACTITUD ANTE EL MOMENTO DE LA INGESTA DE ALIMENTOS:

¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come?

Nerviosismo /agitación.

Gritos

Pasividad

Indiferencia.

Otros: _____

¿Come solo? Sí / No

¿Utiliza adecuadamente los cubiertos? Sí / No

¿Usa chupete? Sí / No ¿Cuándo?

7. **CARACTERÍSTICAS PERSONALES:** describa a su hijo/a (marque las características que más se adecuen a la personalidad de su hij@)

Abierto-Tímido Decidido-Indeciso

Alegre-Triste Vital-Decaído

Hablador-Callado Tranquilo-Nervioso

Dominante-Sumiso Responsable-Irresponsable

Agresivo-Pacífico Obediente-Desobediente

Generoso-Egoísta Cariñoso-Huraño

Otras: _____

8. RELACIONES SOCIOFAMILIARES

Tiene Dependencia: padre, madre, de ambos, de otros familiares

Estilo de Autoridad y quién la ejerce: _____

¿Obedece a lo que se le dice? Sí / no/ A veces

¿Qué hace cuando se le niega algo?

Tipos de castigos que se le aplican

¿Son utilizados ante las conductas realmente inadecuadas? _____

¿Qué tipo de reacción producen?

¿Qué resultados dan? _____

Tipos de Premios/motivaciones

¿Son utilizados ante las conductas adecuadas o se le ofrecen continuamente?

¿Comunica lo que siente? Sí / No

¿Tiene rabietas? Sí / No

¿Rompe juguetes? Sí / No

¿Se relaciona fácilmente con los demás? Sí / No

¿Pega sin causa? Sí / No

¿Busca la soledad? Sí / No

¿Busca la compañía de otros niños más grandes que él/ella? Sí / No

¿Qué cosas le disgustan a usted que él haga?

9. Otros datos de interés no contemplados en los apartados anteriores:

Firma del Padre o Tutor

Fecha: _____/_____/20__

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.