

Entrevista para padres de familia

Fecha: _____

Datos Generales:

Nombre del niño: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de sangre: _____
 Domicilio _____
 Nacionalidad: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 Escuela de procedencia: _____
 ¿Surgieron algunas dificultades en el ciclo pasado?
 Si, porque? _____
 No, por que? _____

Datos Familiares:

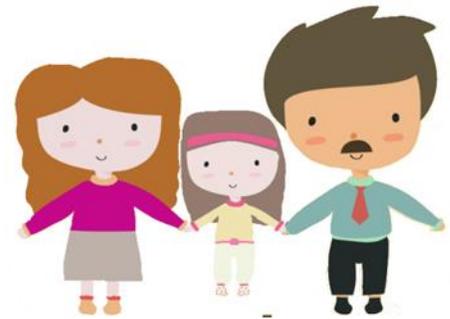
Nombre del padre: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Nacionalidad: _____
 Edad: _____
 Teléfono: _____ Móvil: _____
 Relación padre- hijo: _____
 Nombre de la madre: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Nacionalidad: _____
 Edad: _____
 Teléfono: _____ Móvil: _____
 Relación madre - hijo: _____

Estructura de Pareja:

Casados () Divorciados () Madre/Padre soltero ()
 Viudo(a) () Unión Libre () Segundas nupcias ()
 1.- ¿Con quién vive el niño?

2.- Miembros de la familia

3.- Lugar que ocupa entre los hermanos





Salud y Rutinas

1.- ¿El niño se enferma con frecuencia? Si () No () De qué: _____

2.- ¿Presenta alguna alergia? Si () No () A qué: _____

3.- ¿Cuenta con servicio médico? Si () No () ¿Cuál? _____

4.- ¿Cuántas horas duerme el niño? _____

Horario de sueño diurno _____

Horario de sueño nocturno _____

Cama independiente () Cama compartida ()

¿Por qué? _____

Ritual para irse a la cama _____

5.- Edad en la que controló esfínteres: _____

6.- Alimentos que consume el niño(a) durante:

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

7.- ¿Algún problema del niño(a) que pueda afectar su desenvolvimiento en el jardín de niños?

Si () No () ¿Cuál? _____

8.- Cual de los siguientes rubros de enfermedades, físicas y trastornos ha padecido o padece tu niñ@:

Sarampión___ varicela___ rubeola___ paperas___ escarlatina___ hepatitis___

Convulsiones___ hipertensión___ diabetes___ neumonía___ infecciones en el oído___

Bronquitis___ asma___ amigdalitis___ fiebre reumática___ infecciones urinarias___

Temperaturas altas___ desnutrición___ tifoidea___ depresión___ autismo___

esquizofrenia___ enfermedades de la piel___ ansiedad___ conjuntivitis___

9.-Antecedentes de enfermedades familiares _____

10.- Rasgos positivos de la personalidad del niño(a): _____

11.- Rasgos menos positivos de la personalidad del niño(a):

12.- El niño presenta con frecuencia conductas como:

Berrinche: ____ Llanto excesivo ____ Orinarse en la cama ____
 Agresividad: ____ Succión del pulgar ____ Morderse las uñas ____

13.- Alguna aclaración que quiera hacer: _____

Desarrollo Motriz y de Lenguaje:

1.- ¿A qué edad?

Sostuvo la cabeza: _____

Gateó: _____

Primeros pasos: _____

Balbuceó: _____

Se sentó _____

Se paró solo: _____

Caminó solo: _____

Primeras palabras: _____

2.-Describa cómo es el lenguaje del niño actualmente:

Lateralidad:

Diestro: _____ Zurdo: _____ Ambidiestro: _____

1.- ¿De qué manera le gusta conocer el mundo?

2.- ¿Tiene temor a algo o a alguien?

3.- Juegos o juguetes de seguridad:

4.- ¿Con quién juega? _____

5.- ¿Con quién tiene comunicación?

6.- En su tiempo libre el niño(a):

Juega: _____ Clases especiales: _____ Tecnología: _____ Otro: _____

CONDUCTA:

1.- Acción con la que se corrige las conductas inapropiadas de su hijo(a):

2.- Como se refuerzan las conductas positivas del niño(a):

3.- Actitud del niño ante el castigo:

Acepta () Se revela ()

Indiferencia ()

4.- ¿Cómo responde ante una agresión física?

5.- Su comportamiento social es:

Agresivo () Extrovertido () Introvertido () Sociable ()

Dependiente () Tímido () Miedoso ()

Berrinchudo () Obediente ()

Otros: _____

Dinámica Familiar:

1.- ¿Trabajan los dos padres?

SI _____ NO _____

2.- ¿Quién se encarga del cuidado del niño(a) durante su trabajo?

3.- Actitud del niño hacia la disciplina:

Aceptación () Oposición ()

Indiferencia () Agresividad ()

Otro () ¿Cuál? _____

4.- ¿Considera importante que su hijo asista a preescolar?

SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

5.- Tiempo que dedica el padre a la familia:

6.- Actividades que realiza el padre con su hijo(a):

7.- Tiempo que dedica la madre a la familia:

8.- Actividades que realiza la madre con su hijo(a):

9.- Que actividades realizan en familia





10.- ¿Se interesa el padre/madre por conocer lo que realiza su hijo(a) dentro de la escuela?
SI ____ NO ____ ¿Por qué? _____

POSIBILIDADES QUE TIENE EL NIÑO DE SER AUTOSUFICIENTE EN CUESTIONES BÁSICAS:

1.- ¿Cuál de estas actividades puede realizar el niño por sí mismo?

Vestir solo: SI ____ NO ____

Desvestir solo: SI ____ NO ____

Abrocharse la ropa: SI ____ NO ____

Desabrocharse la ropa: SI ____ NO ____

Ponerse los zapatos: SI ____ NO ____

Abrocharse las agujetas: SI ____ NO ____

Lavarse los dientes: SI ____ NO ____

Asearse después de ir al baño: SI ____ NO ____

Observaciones y/o comentarios del docente:

Nombre y firma de la Madre

Nombre y firma del Padre