



**TADIKA ELEMENTARY KELLER**  
**ENTREVISTA DE PADRES DE FAMILIA**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Irapuato, GTO

**Nombre del niño:**

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre:

\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura:

\_\_\_\_\_

Escuela de procedencia:

\_\_\_\_\_

Grado escolar  
actual \_\_\_\_\_

¿Surgieron algunas dificultades en el ciclo pasado?

¿Si, por qué?

\_\_\_\_\_

¿No, por qué?

\_\_\_\_\_



## Datos Familiares:

Nombre del padre:

---

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad:

---

Nombre de la empresa o lugar dónde trabaja:

---

Puesto que  
desempeña

---

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono particular (fijo o móvil)

---

Teléfono del trabajo (fijo o móvil)

---

Nombre de la madre:

---

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad:

---

Nombre de la empresa o lugar dónde trabaja:

---

Puesto que desempeña:

---

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono particular (fijo o móvil)

---

Teléfono trabajo (fijo o móvil)

---

Nombre y teléfono de emergencia, en el caso de no encontrar al padre, madre o tutor en su

número telefónico:

---



## Estructura de Pareja y dinámica familiar (Marque con una X)

Casados ( )      Divorciados ( )      Madre/Padre soltero ( )  
Viudo(a) ( )      Unión Libre ( )      Segundas nupcias ( )

¿Con quién vive el niño?

---

¿Cuántos miembros de la familia son?

---

¿Cuántos hermanos tiene y lugar que ocupa entre los hermanos:

---

---

---

Actividades que realizan en familia

---

---

---

---



## Salud y Rutinas

¿El niño se enferma con frecuencia? Si ( ) No ( )

De qué:

---

---

¿Presenta alguna alergia? Si ( ) No ( ) A qué:

---

¿Cuántas horas duerme tu hijo (a)?

---

¿Tiene habitación independiente o la comparte?

---

---



## Personalidad

¿Algún problema del niño(a) que pueda afectar su desenvolvimiento en primaria?

Si ( ) No ( ) ¿Cuál?

---

Describe la personalidad de tú hijo (a):

---

---

¿El niño presenta con frecuencia conductas cómo? (Marque con una X)

Cambio de humor drásticos\_\_\_\_\_ Llanto excesivo\_\_\_\_\_ Orinarse en la cama\_\_\_\_\_

Agresividad: \_\_\_\_\_ Morderse las uñas \_\_\_\_\_ Nerviosismo\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_

## Lateralidad:

Diestro: \_\_\_\_\_

Zurdo: \_\_\_\_\_

Ambidiestro: \_\_\_\_\_

## Conducta:

¿Cómo se refuerzan las conductas positivas de su hijo (a)?

---

---

¿Cómo intervienen como padre, madre o ambos en las conductas que consideran inapropiadas de su hijo(a)?

---

---

---

---

Da una breve descripción de cómo se desenvuelve socialmente su hijo con otros niños (as) dentro y fuera de la escuela:

---

---

---

---

---

---

Nombre y firma de la Madre

---

Nombre y firma del Padre



