



Jardín de Infantes:

Sala: Turno:

Docentes a Cargo:

ENTREVISTA INICIAL

Datos personales:

Nombre y apellido:

En casa lo llaman:

Familiares:

Estado Civil de los padres: Casados Separados Unión de Hecho Madres solas Viudo/a

Tipo de familia: Numerosa Familia Tipo

Hermanos. edades, estudios cursados:

Nombre del hermano	Nivel en que estudia			
.....	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario/Universitario <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
.....	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario/Universitario <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
.....	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario/Universitario <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
.....	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario/Universitario <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
.....	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario/Universitario <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>

Cantidad de hermanos en nivel Primario:

Cantidad de hermanos en nivel Secundario:

Cantidad de hermanos que no estudian:

Estudios cursados por el papá: Primarios Secundarios Terciarios o Universitarios

Estudios cursados por la mamá: Primarios Secundarios Terciarios o Universitarios

Relación del niño con la mamá:

Relación del niño con el papá:

Relación del niño con los hermanos:

¿Quiénes viven en la casa?

Tipo de relación mantenida con abuelos y tíos:

¿En casa quienes trabajan? Mamá Papá Hermanos Otro familiar Sub-ocupados Desocupados

En la familia hay algún caso de: Alcoholismo Drogadicción Violencia Abuso Otros

Relación con la institución

¿Es la primera vez que el niño asiste al jardín? Sí No

¿Asistió a jardín maternal? Sí No

¿Ustedes lo ven preparado para el cambio de maestra? Sí No



Vivienda:

Tipo de vivienda: Casa departamento Compartida otro

¿En construcción? Sí No ¿Cuántas habitaciones tiene?

¿Tiene patio? Sí No

¿Tiene espacio para jugar y/o movilizarse adentro de la casa? Sí No

Tipos de servicios que posee: luz gas agua teléfono video cable Internet

¿Pasa algún tiempo solo? Sí No ¿Cuándo?

¿Con quien queda el niño? Padres Empleada Jardín Maternal Hermanos Familiares Solo

Nacimiento:

¿Cómo fue el embarazo?.....

¿Cómo fue el parto?

¿Nació en termino?.....

¿Tuvo alguna dificultad al nacer?.....

Alimentación:

¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come?.....

¿Come solo?..... ¿Come las cuatro comidas del día? Desayuno Almuerzo Merienda Cena





Jardín de Infantes:

Sala: Turno:

Docentes a Cargo:

- ¿Utiliza adecuadamente los cubiertos? Sí No
- ¿Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación? (Celiaco, Diabético, Alergico a la lactosa, etc)
- Alimentos preferidos
- Alimentos prohibidos
- ¿Por qué?.....
- ¿Usa mamadera? Sí No ¿En que momento?
- ¿chupete? Sí No ¿En que momento?.....
- ¿Reciben ayuda del gobierno a través de la secretaria de bienestar social? Sí No
- ¿Concurre al comedor escolar? Sí No

Control de esfínteres:

- ¿Edad en que controló?
- ¿Actualmente va al baño solo? Sí No ... con ayuda.
- ¿Por las noches moja la cama? Sí No



Salud:

- ¿Es alérgico? ¿a qué?.....
- ¿Tiene alguna dificultad motora? Sí No ¿Le realizaron exámenes? Sí No
- ¿Cuál (pie plano, emiplejia, columna, pie de catre, articulaciones, etc)?
- ¿Sufrió algún accidente, convulsiones, enfermedades?
- Enfermedades que padeció: Bronquitis Hepatitis Paperas Asma Varicela Alergias Resfrios Frecuentes 5° enfermedad Ninguna
- ¿Qué lado predomina más? Izquierdo Derecho Ambidiestro ¿Le tiene miedo a algo?
- ¿Tuvo convulsiones? Sí No ¿Con qué frecuencia?.....
- ¿Está medicado? Sí No ¿Tiene alguna dificultad cardiológica?.....
- ¿Tiene alguna dificultad respiratoria?
- ¿Ve bien? Sí No ¿Utiliza anteojos? Sí No
- ¿Oye bien? Sí No ¿Utiliza audífono? Sí No
- Obra social:
- Pediatra que lo atiende:
- Clínica-Hospital: Teléfono:
- Grupo o factor que posee:

Vacunas:

BCG Triple bacteriana Sabin Anti- Haemophilus Triple viral Otras:

Sueño:

- ¿Comparte la habitación? ¿Con quien?
- ¿Tiene pesadillas?.....

Hábitos:

Se lava se peina se viste solo se baña es ordenado es cuidadoso

Lenguaje:

- ¿Cómo es su pronunciación?
- ¿Cómo es su vocabulario?
- ¿Puede expresar lo que vivencia?
- ¿Conversan los integrantes de la familia con el? Sí No ¿sobre qué temas?
- ¿Cuando se equivoca al hablar es corregido? Sí No ¿cómo?
- Como ven los padres al niño:
- ¿Comunica lo que siente?.....
- ¿Tiene rabietas?
- ¿Rompe juguetes?
- ¿Se relaciona fácilmente con los demás?
- ¿Pega sin causa? Sí No ¿busca la soledad?
- ¿Busca la compañía de otros niños más grandes que el?





Jardín de Infantes:

Sala: Turno:

Docentes a Cargo:

¿Qué cosas le disgustan a usted que él haga?

¿Se lo reta, castiga o pone en penitencia?

¿A quién obedece?

Vida Social

¿El niño realiza alguna actividad extraescolar?

¿Ve televisión?

¿Qué programas?

¿Cuántas horas diarias?

¿Utiliza revista, libros?

¿Alguien le lee regularmente? ¿Quién?

¿El niño ve leer en la casa? Sí No

¿Qué material?

¿Ve escribir? Sí No

¿Escucha música Sí No ¿De qué tipo? Infantiles Tropical Pop Latina Clasica Otra:

¿Asiste a cumpleaños u otras reuniones infantiles?

¿Se interesa por realizar preguntas referidas al nacimiento, diferencias de sexos?

¿Qué le contestó?

¿Preguntó por la muerte? Sí No ¿qué le contestó?:

¿Qué religión práctica la familiar? Católicos Protestantes Otras Ninguna



Juego

¿A qué juega?

¿Con quién juega?

¿Juega en casa? Sí No ¿Fuera de casa?

¿Comparte con dificultad sus juguetes?

¿Tiene alguna mascota?

Observaciones

Estamos muy contentos de que hayan elegido esta institución para contener a su hijo...

¿Cuál fue el motivo de su elección? Cercanía Le queda lejos pero le gusta Ya tiene otro hermanito o flia. Otros

¿Cómo cree Ud. que es nuestro edificio escolar y sus dependencias? Muy bueno Bueno Regular

¿Qué propone para mejorar nuestras instalaciones y sus alrededores?

Fecha de la entrevista:

.....
Firma del Padre o Tutor

.....
Firma del Docente

.....
Firma del Preceptor/a

