



## ENTREVISTA INICIAL

Jardín de Infantes: .....  
Sala: ..... Turno: .....  
Docente a Cargo: .....

### 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:

Familia numerosa ..... Familia tipo ..... Ensamblada: .....  
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: .....  
Situación conflictiva dentro del grupo familiar: .....

### Relación con la Institución:

¿Es la primera vez que el niño asiste al jardín? Sí: ..... No: .....  
¿Asistió a jardín maternal? Sí: ..... No: .....  
¿Al cuidado de qué persona estuvo antes de ser inscripto en esta institución?  
Niñera ..... Familiar..... Otros .....

### 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 dentro de la casa? Sí: ..... No: .....  
Tipos de servicios que posee. Luz: ..... Gas: ..... Agua: ..... Teléfono: .....  
Video cable/Direct TV: ..... Internet: .....

### Antecedentes Maternales:

¿Cómo fue el embarazo?  
Con dificultad.....  
Física: Tipo ..... Período de gestación.....  
Emocional: Depresión .....  
Angustia .....  
Ansiedad .....  
Otras .....



## Educación

Gobierno Ciudad de San Justo

¿Hubo ingesta de medicación?..... ¿Por qué motivo?.....  
Ingesta de drogas o alcohol durante el embarazo: SI ..... NO..... Sin dificultad .....

### Antecedentes Natales:

¿Cómo fue el parto? Natural ..... Cesárea .....  
¿Nació en término?..... Peso .....  
¿Tuvo alguna dificultad al nacer? .....  
Anoxia: SI.....NO.....

### Antecedentes Post-natales:

¿Estuvo en incubadora?..... ¿Por qué?.....  
¿Internado en los primeros meses de vida?.....  
¿Por qué?..... ¿Dónde?..... ¿Cuánto tiempo?.....

### Salud:

Enfermedad que padeció. Bronquitis: ..... Hepatitis ..... Paperas .....  
Asma ..... Varicela ..... Alergias ..... Resfríos frecuentes ..... Otitis .....  
5º Enfermedad ..... ¿A qué edad?.....  
Ninguna ..... Otras..... ¿Cuál/ es?.....  
¿Es alérgico? ¿A qué?..... ¿Sufrió algún episodio?.....  
¿Sufrió algún accidente?..... ¿De qué tipo?.....  
¿Tiene alguna dificultad motora? Sí ..... No ..... ¿Cuál? .....  
¿Tuvo convulsiones?..... ¿Con qué frecuencia?..... ¿Por qué?.....  
¿Tiene alguna dificultad cardiológica?.....  
¿Tiene alguna dificultad respiratoria?.....  
¿Está medicado?..... tipo de medicación: .....  
Según Ud.: ¿Ve bien?..... ¿Utiliza anteojos?.....  
¿Oye bien?..... ¿Utiliza audífono?.....

Obra social: .....  
Pediatra que lo atiende: .....  
Clínica- Hospital: ..... Teléfono: .....  
Grupo sanguíneo y factor que posee: .....

### Vacunas:

Al momento de la entrevista, ¿presenta carné de vacunación?..... (Completo/ Incompleto).

### Alimentación:

¿Come solo?.....  
¿Come las cuatro comidas del día? Desayuno ..... Almuerzo ..... Merienda ..... Cena .....  
¿Utiliza adecuadamente los cubiertos? Sí ..... No .....  
¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come?.....  
¿Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación? (Celíaco. Diabético. Alérgico a la lactosa, bajo peso, sobrepeso. Etc.) .....  
.....  
.....



## Educación

Gobierno Ciudad de San Justo

Alimentos preferidos: .....  
Alimentos prohibidos: ..... ¿Por qué?.....  
¿Usa mamadera? Sí: ..... No: ..... ¿En qué momento?.....

### Control de esfínteres:

Edad en que controló: .....  
Actualmente ¿va al baño solo? Sí ..... No ..... Con ayuda .....  
Por las noches ¿moja la cama? Sí ..... No .....  
¿Usa pañales? SI ..... NO .....

### Sueño:

¿Tiene sueño tranquilo? .....  
¿Duerme toda la noche? .....  
¿Se despierta con frecuencia? .....  
¿Duerme siesta habitualmente? .....  
¿Tiene pesadillas?.....  
¿Comparte la habitación?..... ¿Con quién?.....  
¿Comparte la cama?..... ¿Con quién?.....

### Hábitos:

Se lava ..... Se peina ..... Se viste solo ..... Se baña .....  
Es ordenado ..... Es cuidadoso .....  
¿Utiliza chupete? SI ..... NO ..... ¿En qué momento?  
¿Se succiona los dedos? .....  
¿Lleva objetos a la boca?..... ¿Cuál/es?.....

### Lenguaje:

¿Cómo es su pronunciación?.....  
¿Cómo es su vocabulario?.....  
¿Puede expresar lo que vivencia?.....  
¿Conversan los integrantes de la familia con él? SI ..... NO .....  
Cuando se equivoca al hablar ¿Es corregido? SI ..... NO.....¿Cómo? .....  
¿Comprende órdenes simples? SI ..... NO .....  
¿Cómo se comunica habitualmente? Gestos..... Señas..... Palabras..... Frases.....

### Comportamiento:

¿Tiene rabietas? SI ..... NO ..... ¿Frecuentes? SI ..... NO .....  
¿Rompe juguetes? .....  
¿Se relaciona fácilmente con los demás?.....  
¿Pega sin causa? SI ..... NO .....  
¿Busca la soledad?.....  
¿Busca la compañía de niños más grandes que él? .....  
¿A usted le preocupa algún tipo de comportamiento del niño/a? .....  
SI..... ¿Cuál/es?.....  
NO.....  
En algún momento ¿ha sido necesario dar una penitencia o castigo?.....  
¿De que tipo?.....



## Educación

Gobierno Ciudad de San Justo

### Vida social:

¿El niño realiza alguna actividad extraescolar? .....

¿Ve televisión? ..... ¿Qué programas? .....

¿Cuántas horas diarias?.....

¿Utiliza revistas, libros?.....

¿Escucha música?..... ¿De qué tipo?.....

¿Asiste a cumpleaños u otras reuniones infantiles?.....

¿Comparte más tiempo con niños de su edad o con personas adultas?.....

¿Pasa algún tiempo solo? Sí: ..... No: ..... ¿Cuándo?.....

¿Con quién queda? Padres: ..... Empleada: ..... Hermanos: .....

Familiares: ..... Jardín maternal: ..... Solo: .....

### Juego:

¿A qué juega?.....

¿Con quién juega?.....

¿Prefiere juegos solitarios o compartidos?.....

¿Juega en casa?..... ¿Fuera de casa?.....

¿Comparte sin dificultad sus juguetes?.....

¿Tiene mascotas?.....

### 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 familia ..... Otros .....

¿Qué espera del jardín para este año?.....

Fecha de la entrevista: .....

.....  
Firma del Padre o Tutor

.....  
Firma del Docente

.....  
Firma del Director