

ENTREVISTA INICIAL 0-1 AÑOS

CURSO 2024/2025

(Tiempo aproximado para completar: 27 minutos)

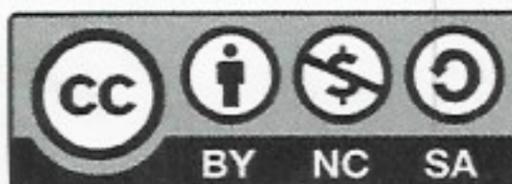
* Obligatoria

* Este formulario registrará su nombre, escriba su nombre.

DATOS PERSONALES

1. Nombre del alumno *

2. Fecha de nacimiento *



INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO Y EL PARTO

3. ¿Hubo algún problema? (Fue normal, a término, anticipado,...) *

4. ¿Existe informe médico que deba tenerse en cuenta? *

ALIMENTACIÓN

5. Si su hijo es menor de 6 meses, ¿cada cuánto tiempo hace las tomas? *

6. ¿Toma leche materna o de fórmula? (en la Escuela utilizamos Nidina) *

7. ¿Toma cereales? *

8. Si su hijo es mayor de 6 meses, ¿qué tipo de alimentos toma actualmente? *

- Verduras
- Pollo/pavo
- Ternera/cerdo
- Pescado
- Yogur
- Huevo

9. Actitudes y costumbres generales hacia la alimentación (participa, le gusta, le cuesta comer,...) *

10. ¿Tiene alergia a algún alimento? Si es así, ¿a cuál? *

DESCANSO

11. ¿Cuánto tiempo duerme durante el día? *

- Por la mañana
- Después de comer

12. ¿Cuántas horas duerme por la noche? *

13. ¿Dónde está acostumbrado a dormir? (cuna, brazos, carro, hamaquita,...) *

14. ¿Duerme en habitación propia? *

15. ¿Con luz o a oscuras? *

16. ¿Necesita silencio para dormirse? *

17. Otras necesidades para conciliar el sueño (presencia del adulto, chupete, golpecitos,...) *

18. ¿Se duerme solo? *

19. ¿Cómo es su sueño? (tranquilo, inquieto, se despierta a menudo,...) *

20. ¿Cómo es su despertar? (tranquilo, sobresaltado, llorando,...) *

HIGIENE

21. ¿Acepta bien el cambio de pañal? *

22. ¿Tiene alergia a alguna marca de toallitas, pañal o pomada? *

SALUD GENERAL

23. ¿Cómo es la salud de su hijo? *

24. ¿Qué enfermedades ha tenido o tiene? *

25. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de alergia? *

26. ¿Adjunta algún informe médico? *

LENGUAJE

27. ¿Responde a los sonidos volviendo la cabeza o buscando con la mirada? *

28. ¿Emite sonidos? *

29. ¿Imita sonidos? *

30. ¿Se comunica a través de gestos, gritos, señales,...? *

31. ¿Emite sus primeras palabras? Si es así, ¿cuáles? *

DESARROLLO MOTOR

32. ¿Se mantiene sentado? Si es así, ¿desde qué edad? *

33. ¿Se voltea? Si es así, ¿desde qué edad? *

34. ¿Repta? Si es así, ¿desde qué edad? *

35. ¿Gatea? Si es así, ¿desde qué edad? *

36. ¿Se pone de pie? Si es así, ¿desde qué edad? *

RELACIÓN CON ADULTOS

37. ¿Establece una relación espontánea? *

38. ¿Está acostumbrado a relacionarse con adultos diferentes a sus padres? (Tíos, abuelos,...) *

39. ¿Extraña a personas desconocidas? *

40. ¿Cómo resolvéis problemas que se plantean? (rabieta, normas, límites,...) *

RELACIÓN CON OTROS NIÑOS

41. ¿Se relaciona con otros niños? *

42. Si la respuesta es sí, ¿son niños de la misma edad o mayores? *

43. ¿Qué actitud tiene ante los otros niños? *

RELACIÓN CON LOS OBJETOS

44. ¿Manipula objetos? *

45. ¿Los chupa? *

46. ¿Los tira? *

47. ¿Se desplaza a buscarlos? *

JUEGO

48. ¿Con qué se entretiene preferentemente? *

49. ¿Juega sedentaria o dinámicamente? *

50. ¿Con quién juega en casa? *

51. ¿Le gusta jugar solo o reclama la atención? *

52. ¿Tiene algún juguete preferido? *

53. ¿En qué lugar está acostumbrado a jugar? (parque, cuna, suelo,...) *

OTROS

54. Otras observaciones que debamos tener en cuenta

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.



ENTREVISTA INICIAL 1-2 AÑOS

CURSO 2024/2025

(Tiempo aproximado para completar: 21 minutos)

* Obligatoria

* Este formulario registrará su nombre, escriba su nombre.

DATOS PERSONALES

1. Nombre del alumno *

2. Fecha de nacimiento *

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO Y PARTO

3. - ¿Hubo algún problema? (fue normal, a término, anticipado,...) *

4. - ¿Existe informe del pediatra que deba tenerse en cuenta? *

ALIMENTACIÓN

5. -El niño ha tomado:

- Frutas
- Verduras
- Pollo/pavo
- Ternera/cerdo
- Pescado
- Yogur
- Huevo
- Alimentos sólidos

6. Actitudes y costumbres generales hacia la alimentación (participa, es lento, come solo, utiliza cubiertos,...) *

7. ¿Tiene alergia a algún alimento? Si la respuesta es afirmativa, ¿a cuál?

DESCANSO

8. ¿Cuánto tiempo duerme durante el día? (Por la mañana y por la tarde) *

9. ¿Cuánto tiempo duerme durante la noche? *

10. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? *

11. Necesidades para conciliar el sueño: requiere la presencia del adulto, necesita un objeto, chupete,...

12. ¿Duerme sólo o acompañado? *

13. ¿Cómo es su sueño? (Tranquilo, inquieto, se despierta a menudo,...) *

14. ¿Cómo es su despertar? *

HIGIENE

15. ¿Acepta bien el cambio de pañal? *

16. ¿Tiene alergia a alguna marca de toallitas, pañal o pomada? *

SALUD GENERAL

17. ¿Cómo es la salud de su hijo? *

18. ¿Qué enfermedades ha tenido o tiene? *

19. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de alergia? *

20. ¿Adjunta algún informe médico? *

LENGUAJE

21. ¿A qué edad empezó a emitir las primeras palabras? *

22. ¿Se comunica a través del lenguaje o utiliza otros códigos, como gestos, gritos, señales? *

23. ¿Se le habla con lenguaje adulto o se usan sus mismas expresiones? *

DESARROLLO MOTOR

24. ¿Ha gateado? *

25. ¿A qué edad? *

26. ¿A qué edad inició la marcha? *

27. ¿Tiene una marcha segura? *

28. ¿Tiene dificultades en el movimiento? *

RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES

29. ¿Establece una relación espontánea con otros adultos y/o niños? *

30. ¿Extraña a personas desconocidas? *

31. ¿Tiene rabietas? *

32. ¿En qué momentos? *

33. ¿Cómo las resuelve? *

34. En relación con otros niños, ¿cómo resuelve los conflictos? *

JUEGO

35. ¿Con qué se entretiene preferentemente? *

36. ¿Busca él los juguetes? *

37. ¿Están a su alcance? *

38. ¿Juega sedentaria o dinámicamente? *

39. ¿Con quién juega en casa? *

40. ¿Le gusta jugar solo o reclama la atención de otros niños o adultos? *

OTROS

41. Otras observaciones que debamos tener en cuenta

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms

ENTREVISTA INICIAL 2-3

CURSO 2024/2025

Tiempo estimado para completar: 17 minutos

* Obligatoria

* Este formulario registrará su nombre, escriba su nombre.

DATOS PERSONALES

1. Nombre alumno *

2. Fecha de nacimiento *

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO Y PARTO

3. ¿Hubo algún problema? (fue normal, a término, anticipado ...) *

4. ¿Existe informe del pediatra que deba tenerse en cuenta? *

ALIMENTACIÓN

5. ¿Tiene alergia a algún alimento? ¿Cuáles? *

6. ¿Come solo? *

7. ¿Qué cubiertos utiliza? *

8. ¿Qué actitud muestra a la hora de la comida? *

DESCANSO

9. ¿Duerme solo? Si la respuesta es no, ¿con quién? *

10. ¿Cuántas horas duerme por la noche? *

11. ¿Y durante el día? *

12. ¿Tiene algún objeto para dormir? *

13. ¿Se duerme con facilidad o le cuesta coger el sueño? *

14. ¿Cómo se despierta? *

HIGIENE

15. ¿Colabora con el adulto en su higiene personal? *

16. ¿Ha comenzado a controlar esfínteres? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? *

17. ¿Pide ir al baño? Si la respuesta es sí, ¿va solo o necesita que le ayuden? *

SALUD GENERAL

18. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave? *

19. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de alergia? *

20. ¿Se adjunta algún informe médico? *

ÁMBITOS DEL DESARROLLO

LENGUAJE

21. ¿Habla? ¿Desde cuándo? *

22. ¿Se le entiende cuando habla?

23. ¿Se expresa más con gestos o con palabras? *

24. ¿Comprende lo que se le dice? *

DESARROLLO MOTOR

25. ¿Cuándo comenzó a andar? *

26. ¿Camina seguro, vacilante, de forma atropellada? *

27. ¿Muestra algún problema en los desplazamientos? *

RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES

28. ¿Con quién se relaciona el niño? (padres ,familia cercana, cuidadores) *

29. ¿Se muestra dependiente de los adultos? *

30. ¿Está en contacto con otros niños? *

31. Otras observaciones que debamos tener en cuenta

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

