

## ENTREVISTA FAMILIAR

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b> DNI: <b>FECHA NACIMIENTO/ LUGAR:</b> <b>EDAD:</b> POBLACIÓN: DOMICILIO: CP:
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO:</b> Madre: Padre: Otros: Email madre: Email padre:
REMITIDOS POR: FECHA DE LA ENTREVISTA: MOTIVO:  PERSONAS ENTREVISTADAS:

COMPOSICIÓN FAMILIAR	
<b>MADRE</b> NOMBRE Y APELLIDOS: DNI:  EDAD/NACIONALIDAD: ESTUDIOS:  SITUACIÓN LABORAL:	<b>PADRE</b> NOMBRE Y APELLIDOS: DNI:  EDAD/NACIONALIDAD: ESTUDIOS:  SITUACIÓN LABORAL:
<b>HERMANOS (NOMBRE, EDAD, ESTUDIOS, OCUPACIÓN):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	



**OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN CON LA FAMILIA:**

### **INFORMACIÓN MÉDICA**

**INFORMES APORTADOS (servicio y fecha):**

- 
- 
- 
- 

**DIAGNÓSTICOS (informes de especialistas/quién diagnostica/fecha):**

- 
- 
- 

**REVISIONES PERIÓDICAS DE ESPECIALISTAS (centros y profesionales):**

- 
- 
- 

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (fecha y centro):**

- 
- 
- 

**¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN?**

**CRECOVI:**

**¿Tiene certificado de discapacidad (%) ?**

**¿Acude a tratamientos? (Centros/ Periodicidad/ Qué recibe):**

- 
- 
- 
-



## HISTORIA CLÍNICA

**¿CÓMO FUE EL EMBARAZO?** (Complicaciones, infecciones, hemorragias, fiebre, medicamentos...):

**TIEMPO DE EMBARAZO:**

**PARTO** (a término, prematuro, cesárea, problemático (fórceps, anestesia, sufrimiento fetal, vuelta de cordón...):

**HOSPITAL:**

- Peso:
- Talla:
- Perímetro cefálico:
- Test de APGAR:

**¿CUIDADOS EN INCUBADORA?** (tiempo, hospitalización...):

**PRUEBAS METABÓLICAS Y SCREENING AUDICIÓN:**

**VACUNAS Y REVISIONES:**

**ENFERMEDADES PADECIDAS:**

**¿HA TENIDO INGRESOS HOSPITALARIOS?:**

**NOMBRE DEL PEDIATRA:**

**CENTRO DE SALUD/MUNICIPIO**



## ALIMENTACIÓN

**¿QUÉ TIPO DE LACTANCIA HA TENIDO? (MATERNA/ARTIFICIAL) ¿CUÁNTO TIEMPO?**

**¿HA TENIDO PROBLEMAS?**

**¿CÓMO FUE EL CAMBIO DE ALIMENTACIÓN? (EDAD)**

### ALIMENTACIÓN ACTUAL:

- ¿Come bien? ¿Qué come? ¿Come sólo? ¿Problemas? ¿Qué dinámica sigue la familia?
- ¿Sabe beber solo? ¿Usa chupete? ¿Biberón o vaso adaptado?
- Procesamiento: ¿Arcadas o negación a diferentes texturas?, ¿Rechaza alimentos, sabores, olores, preferencias, es escrupuloso, rechaza determinados cubiertos/vajilla?
- Pica ¿se mete cosas en la boca que no son comida?

## SUEÑO

**¿CON QUIÉN DUERME?**

**¿CÓMO DUERME? Colecho, en su cuna, en su cama... ¿DESDE CUÁNDO?**

**HORARIO DE SUEÑO:**



**¿DUERME SIESTA?**

**¿SEGUÍS ALGUNA RUTINA PREVIA?**

**¿PROBLEMAS DE SUEÑO?**

- Intranquilidad, pesadillas, terrores...:
- ¿Qué hacen los padres?

**¿Se destapa en la cama? ¿Se da cuenta de los cambios de temperatura?**

**¿Necesita luz para dormir? ¿Precisa de silencio?**

## **DESARROLLO PSICOMOTOR**

**¿CON CUANTOS MESES LOGRÓ?**

- Sostener la cabeza:
- Voltearse en la cuna:
- Mantenerse sentado:
- Gatear:
- Ponerse de pie (con apoyos):
- Mantener el equilibrio sin apoyos:
- Caminar suelto (autónomo):
- Saltar:
- Subir/bajar escaleras:
- Manejar pelota con las manos:
- Chutar un balón:
- Montar y guardar equilibrio en correpasillos, motos...:

**PROCESAMIENTO DEL MOVIMIENTO Y CORPORAL:**

- ¿Cómo camina? (de puntillas, haciendo ruidos, de alguna forma especial...):
- ¿Se tropieza con frecuencia?
- ¿Cómo juega en el parque (columpios, tobogán...)? ¿Le gusta el balanceo?



- ¿Juega de manera arriesgada o es cauteloso? (trepa, se escapa, se suelta de la mano...) ¿Parece propenso a sufrir accidentes?
- ¿Se choca o se tira al suelo o sobre objetos a propósito? ¿Es consciente de cuando se ha hecho daño? ¿Se da cuenta del dolor?
- ¿Disfruta con actividades motrices?
- ¿Se muestra inquieto (se mueve mucho, se quiere ir, levantarse) o aletargado (quieto, sin observar o mirando al infinito) cuando debe prestar atención?
- ¿Parece tener músculos débiles/blanditos o se mueve con rigidez? ¿Se cansa fácilmente?
- ¿Le gusta apoyarse sobre los muebles o suele jugar tumbado en el suelo?
- ¿Se agarra a cosas o paredes cuando anda?
- ¿Se balancea? ¿En qué situaciones se dan?
- ¿Aleteos o manierismos en manos? ¿En qué situaciones se dan?
- ¿Estereotipias? ¿En qué situaciones se dan?



## **MOTRICIDAD FINA**

¿Es capaz de coger objetos pequeños?

¿Le gusta armar y desarmar? ¿Hacer construcciones?

¿Sabe hacer puzles o encajables, torres, anillas? ¿Le gusta pintar?

## **DESARROLLO DEL LENGUAJE**

### **¿CON CUANTOS MESES EMITIÓ?**

- Sonidos articulados, balbuceos, laleos:
- Las primeras palabras:
- Palabras combinadas y frases:
- ¿Ha tenido altibajos en su evolución?

### **ACTUALMENTE:**

#### **COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EXPRESIVO**

- ¿Mira a los ojos? ¿Se muestra reacio a mirarte a ti o a otras personas? ¿Tiende a mirar más a los objetos que a las personas?
- ¿Su mirada es consistente? ¿Pierde el contacto visual contigo, mira de reojo o cierra los ojos?
- ¿Le muestra objetos (como queriendo compartirlos)?
- ¿Dirige sonidos, jerga o palabras, frases... a las personas o no?
- ¿Usa gestos? Más, sí, agua, dame, hola/adiós, palmas...

- Ecolalias (inmediatas/demoradas): ¿repite lo que escucha? ¿cuando?
- ¿El entorno familiar es bilingüe?
- ¿Cómo pide lo que quiere o desea?: instrumentaliza (coge de la mano del adulto), señala (con el brazo, con la mano, con el dedo, con la mirada)...

### LENGUAJE COMPRENSIVO

- ¿Comprende el lenguaje?
- ¿Cuántas palabras?
- ¿Sigue órdenes simples?
- ¿Sigue órdenes complejas “ven y dame”?
- ¿Necesita que el lenguaje se acompañe de gestos o imágenes para mejorar su comprensión?
- ¿Responde a su nombre?
- ¿Hay que llamarle muchas veces?
- ¿Se da cuenta de si entras en la habitación en la que está y le llamas?

### DESARROLLO COGNITIVO

- ¿Sigue los objetos con la mirada?
- ¿Encuentra un juguete cuando se lo escondes?
- ¿Muestra capacidad de atención? ¿cuánto tiempo es capaz de estar en la misma actividad?
- ¿Pasa de hacer una actividad a otra tanto que afecta a sus actividades o todo lo





contrario (alineal, ver girar o hacer girar cosas...)?

- ¿Tiene buena memoria?
- ¿Le leéis cuentos? ¿Reconoce imágenes en cuentos/libros, es capaz de señalarlos o nombrar? ¿Le entretienen? ¿Pasa páginas de un libro?

## JUEGO

- ¿Cómo juega? (solo, acompañado, prefiere niños o adultos...)
- ¿Con qué juguetes prefiere jugar? ¿Qué hace cuando no hay juguetes, cómo se entretiene?
- ¿Sabe jugar con los juguetes o solo llevárselos a la boca, manosearlos o lanzarlos?
- ¿Juegan sus padres con él/ella?
- ¿Disfruta jugando al cucú-tras y al escondite?
- ¿Disfruta cuando le meces o le haces caballito, voltereta?
- ¿Dónde juega (casa/parque)?
- ¿Le gusta la TV, Tablet, móvil? ¿Qué programas? ¿La ve solo o usa sólo?



¿Cuánto tiempo?

### DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

- ¿Cómo reacciona si su madre se va y le dejan con otra persona?
  - ¿Recuerda cuándo empezó a sonreír?
  - ¿Qué relación tiene con hermanos y otros adultos/niños de la familia?
  - ¿Se interesa por otros niños?
  - ¿Cuándo está con niños, cómo interactúa y resuelve sus problemas?
  - ¿Prefiere jugar con adultos o niños?
- 
- ¿Tiene rabietas? ¿Por qué motivos? ¿Qué hacen los padres en esa situación?
  - ¿Se angustia cuando cambian las rutinas?
  - ¿Tiene miedos?
  - ¿Respetar las normas? ¿Cómo es su comportamiento?



## PROCESAMIENTO SENSORIAL

### A NIVEL AUDITIVO:

- ¿Oye bien?
- ¿Se evade?
- ¿Busca la procedencia de los ruidos?
- ¿Reacciona intensamente a sonidos fuertes o le gusta hacer ruidos por diversión?  
¿cómo reacciona? (se esconde, llora, se queja, se asusta...)
- ¿Se tapa los oídos, se queja/llora o disfruta en entornos ruidosos?

### A NIVEL VISUAL:

- ¿Consideras que ve bien?
- ¿Disfruta observando los detalles de los objetos? (se acerca mucho, mira hacia la luz, guiña o cierra los ojos, mira de reojo, le atraen las cosas con imágenes vivas, movimiento o que giran...)
- ¿Busca objetos muy pequeños (pelos, pelusas...) o necesita ayuda para encontrar objetos que son evidentes para el adulto?
- ¿Le gusta o le molesta la luz (guiña o cierra los ojos, se esconde de la luz o la busca...)?
- ¿Mira los objetos o las personas de alguna manera particular (rastreo visual, de reojo, girando la cabeza...)?

### A NIVEL TÁCTIL:

- ¿Muestra la necesidad de tocar juguetes, superficies o texturas o todo lo contrario?
- ¿Agarra o portea cosas en las manos?



## AUTONOMÍA

**CONTROL DE ESFÍNTERES** (SÍ/NO) (Diurno/Nocturno) ¿Lo ha intentado alguna vez?

**NECESITA AYUDA PARA:**

- Vestirse/desvestirse
- Comer (manejo de la cuchara, tenedor y vaso / come con las manos):
- Lavarse las manos:

**¿Colabora con el adulto?**

**ASEO Y BAÑO:**

- ¿Le gusta mancharse o necesita limpiarse cada vez que se mancha?
- ¿Muestra angustia cuando le asean (baño, cortar el pelo, lavar la cara, cortar las uñas...)?
- ¿Se enfada o irrita por tener que llevar puestos los zapatos, calcetines, gorros...?
- ¿Acepta los cambios de vestuario (corto-largo)?

## DINÁMICA FAMILIAR

- Ambiente familiar, responsabilidades, toma de decisiones y estilo educativo
- Situación de la pareja:
- Tiempo de convivencia:
- Apoyos familiares:
- Situación socioeconómica:
- Vivienda:

- Antecedentes familiares (enfermedades, discapacidad, consumo de alcohol/drogas...):
- ¿Algún hecho importante sucedido en la familia?
- Expectativas en cuanto al problema del niño:
- Aspectos positivos/negativos destacables del niño/a:
- Problemas ante la escolarización y cuidados del niño/a (llevarle, recogerle...):

OBSERVACIONES:

### ATENCIÓN TEMPRANA - ESCOLARIZACIÓN

**ESCOLARIZACIONES PREVIAS** (escuela infantil, casa de niños...):

- Centro, año de comienzo y horario

**¿EN QUÉ CENTRO LE GUSTARÍA ESCOLARIZAR AL NIÑO/A?** (por orden preferente)

- 1.
- 2.
- 3.