

# BIENVENIDOS / BENVINGUTS

*Entrevista familiar del alumnado de 2 años*



**NOMBRE Y APELLIDOS**

---

FOTO

*“ Siembra en los niños ideas buenas aunque no las entiendan... Los años se encargarán de descifrarlas en su entendimiento y de hacerlas florecer en su corazón.”*

*Maria Montessori*

## 1. DATOS PERSONALES:

- Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_

- Fecha de nacimiento y lugar:

\_\_\_\_\_

- Dirección:\_\_\_\_\_

- ¿Existe durante el curso otro domicilio diferente del aportado?

SI NO

En caso afirmativo:

\_\_\_\_\_

- Teléfonos y personas de contacto:

➤ Teléfono

1:\_\_\_\_\_ Contacto:\_\_\_\_\_

➤ Teléfono

2:\_\_\_\_\_ Contacto:\_\_\_\_\_

➤ Teléfono

3:\_\_\_\_\_ Contacto:\_\_\_\_\_

❖ ¿Hará uso del Servicio de comedor? SI  NO

❖ ¿Hará uso de la escuela matinal? SI  NO

¿Qué horario utilizará?  7.30h  8.00h  8.30h

❖ Familiar o persona que habitualmente lo recogerá:

\_\_\_\_\_

## 2. DATOS FAMILIARES:

### DATOS DEL PADRE

- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_
- Situación laboral actual: **activo**  **parado**   
Horario laboral: \_\_\_\_\_
- Tiempo del que dispone personalmente para estar con el niño/a: \_\_\_\_\_
- Tiempo en el que la familia coincide:  
\_\_\_\_\_

### DATOS DE LA MADRE

- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_
- Situación laboral actual: **activa**  **parada**   
Horario laboral: \_\_\_\_\_
- Tiempo del que dispone personalmente para estar con el niño/a:  
\_\_\_\_\_
- Tiempo en el que la familia coincide:  
\_\_\_\_\_
- ¿Existen circunstancias significativas que consideren puedan tener influencia sobre el niño/a (separación, fallecimiento familiar, enfermedades crónicas, emigración, etc)? SI  NO   
En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
(En caso necesario aportar documentación).

➤ Número de miembros en la familia: \_\_\_\_ Hermanos/as:\_\_\_\_ Otros miembros:\_\_\_\_\_ Parentesco:\_\_\_\_\_

- Edades de los/as otros/as hermanos/as si los hubiera:

\_\_\_\_\_

- Orden que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_
- Relación de los otros miembros de la unidad familiar con el/la niño/a:

Hermanos: \_\_\_\_\_

Otros familiares: \_\_\_\_\_

### 3. ESCOLARIZACIÓN:

- ¿Es el primer año que acude a un centro educativo? **SI**  **NO**

**En caso negativo,**

Estaba bajo el cuidado de \_\_\_\_\_

- **En caso afirmativo,** ¿a qué Centro acudió anteriormente?

\_\_\_\_\_

- Motivo del cambio:

\_\_\_\_\_

### 4. DATOS ANTECEDENTES PERSONALES:

#### a. Embarazo:

- Edad de los padres cuando nació: \_\_\_\_\_

- Problemas durante el embarazo: **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

- ¿Durante cuánto tiempo persistieron?

\_\_\_\_\_

- Periodo de gestación:

- Término (36 semanas)
- Prematuro (32 semanas)
- Post-maduro (38 semanas)

  
  

- Parto y post-parto:

Parto normal: **SI**  **NO**

En caso negativo, ¿qué tipo de complicaciones se dieron?

¿Se necesitó tiempo de incubadora? **SI**  **NO**

Motivos:

---

---

## 5. SALUD:

- Enfermedades padecidas:

---

- Hospitalizaciones: **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las causas de dichas hospitalizaciones?

---

- Intervenciones quirúrgicas: **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿de qué tipo han sido?

---

- Traumatismos: **SI**  **NO**  En caso afirmativo, tipo de traumatismo:

---

- ¿Necesita cuidado especial de algún tipo? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

- ¿Tiene propensión a alguna enfermedad? **SI**  **NO**  En caso afirmativo ¿cuál?  
\_\_\_\_\_
- ¿Existe algún tipo de dificultad actual de tipo visual, auditiva, respiratoria, etc? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál?  
\_\_\_\_\_
- ¿Está siendo medicado de forma continua? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo y qué tipo de medicación es?  
\_\_\_\_\_
- ¿Existen antecedentes familiares de alguna enfermedad o dificultad que considere importante? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál?  
\_\_\_\_\_

## 6. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO/A:

### a. Desarrollo psicomotor:

- ¿Cómo considera que es su desarrollo psicomotor?  
\_\_\_\_\_
- ¿Manifiesta algún tipo de problema o dificultad?  
\_\_\_\_\_
- Estando tumbado, ¿gira hacia los lados? **SI**  **NO**
- ¿A qué edad comenzó a...? (**aproximadamente**)
  - Sostener la cabeza: \_\_\_\_\_ meses
  - Mantenerse la cabeza: \_\_\_\_\_ meses
  - Gatear: \_\_\_\_\_ meses    Andar: \_\_\_\_\_ meses
- ¿Coge objetos? **SI**  **NO**

- ¿Cuál es su predominancia lateral? **Izquierda**  **Derecha**   
En caso de que se manifieste zurdera, ¿cuál es la actitud de la familia?
- 

- ¿Cómo suelen ser sus desplazamientos?
- 

**b. Dentición:**

Dentición: **NO**  **SI**  En caso afirmativo ¿cuáles?

---

- Edad de la primera dentición:
  - ¿Usa el chupete? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿en qué momento?
- 
- ¿Sigue alimentándose con biberón? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿por qué?
- 

- ¿Utiliza el pulgar como chupete? **SI**  **NO**

**c. Lenguaje:**

- ¿Cuándo comenzó a? (aproximadamente)

Balbucear \_\_\_\_\_ Emitir sonidos \_\_\_\_\_ Decir las primeras palabras (con intención comunicativa) \_\_\_\_\_

¿Muestra atención cuándo se le habla? **SI**  **NO**

En caso negativo, ¿a qué cree que se puede deber?

---

- ¿Con qué tipo de lenguaje se le habla al niño/a?
-

## 7. HÁBITOS Y AUTONOMÍA.

### a. Alimentación:

- ✓ Lactancia: **Materna**  **Artificial**
- ✓ ¿Ha tenido dificultades con el pecho materno? **SI**  **NO**
- ✓ ¿Ha tenido dificultad con el biberón? **SI**  **NO**
- ✓ ¿Cuántas comidas hace al día? \_\_\_\_\_  
Horas: \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Existen rutinas en cuanto a la comida?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Qué tipo de alimentación toma?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Cómo se han introducido los diferentes alimentos?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Tiene preferencia por algún tipo de alimento?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Qué alimentos le desagradan?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Sufre algún tipo de trastorno/ enfermedad/ alergia relacionada con la alimentación (intolerancia a la lactosa/celíaco/ alergia ovo láctica, etc)? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿desde cuándo?  
\_\_\_\_\_



## b. Sueño:

¿Cómo es su sueño?

---

¿Cuántas horas duermes, como normal, a lo largo del día?

---

- Media mañana: \_\_
- Siesta: \_\_
- Noche: \_\_\_\_

- ¿Se despierta por la noche? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuáles son las causas?
- 

- ¿Se duerme solo/a? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿quién le duerme?
- 

- ¿Necesita algún objeto para ir a dormir (peluche, tela, etc)?

**SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál y por qué?

¿Existe algún tipo de ritual para ir a dormir? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál?

---

- ¿Qué postura utiliza en el sueño?
- 

- ¿Utiliza chupete para dormir? **SI**  **NO**

- ¿Tiene su propia habitación? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿con quién comparte habitación?

- 
- ¿Duerme solo/a en su cama? **SI**  **NO**

En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

---

- En caso negativo ¿con quién duerme?
- 

### **c. Aseo y vestido:**

- ¿Tiene adquiridas las rutinas de higiene personal? (lavarse las manos...)

**SI**  **NO**

En caso negativo, ¿cuáles son aquellas que más le cuesta hacer?

---

- ¿Tiene alergia a algún producto relacionado con la higiene personal? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál?
- 

- ¿Sabe vestirse solo/a?
- 

## **8. CONDUCTA SOCIOEMOCIONAL:**

### **a. Relaciones sociales y juego**

- ¿Le gusta relacionarse con los demás?
-

- ¿Tiene preferencia en sus relaciones por alguien? **SI**  **NO**

En caso afirmativo ¿por quién y por qué creéis?

---

- ¿Cuál es su reacción ante personas que no conoce?
- 

- ¿Prefiere estar con niños y niñas o con adultos?
- 

- ¿Qué tipo de juegos y juguetes prefiere?
- 

- ¿Qué actitud tiene con los juguetes?
- 

- ¿Cuánto tiempo ocupa la televisión /móvil o tablet en el tiempo de ocio?
- 

- ¿Ve solo/a la televisión /móvil o tablet? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿quién le acompaña?
- 

- ¿Existe una selección de los programas/juegos en la TV/móvil/tablet? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿por qué?
- 

### **b. Aspectos emocionales y afectivos**

- ¿Qué familiares se relacionan principalmente con el niño/a?
-

- ¿Es dependiente de la familia? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿de quién principalmente? \_\_\_\_\_
  - ¿Cómo describiríais a vuestro/a hijo/a?
- 

- ¿Tiene miedos y temores? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿qué cosas se lo provocan?
- 

- ¿Tiene alguna manía en especial? **SI**  **NO**  En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- 

- ¿Muestra claramente lo que siente? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿por qué consideráis que es así?
- 

## 9. RELACIONES FAMILIARES:

- ¿Quién se encarga, principalmente, de su cuidado?
- 

- ¿Está la unidad familiar de acuerdo en la manera de educar al niño/a? **SI**  **NO**  En caso negativo, ¿por qué?
- 

- ¿Cuáles son las medidas que se toman ante algo que no debería haber hecho?
- 
-