

Entrevista a padres:



Nuestro Objetivo es obtener Información confiable del desarrollo de su hijo, la cual formará parte del legajo que lleva el SOE (Servicio de Orientación Escolar).

Fecha: ____/____/____

Nombre del niño (a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Grado escolar: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre del padre: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Hermanos (nombres, edad, escolaridad): _____

EMBARAZO: Lugar que ocupa el embarazo (____)

¿Cuántos embarazos tuvo antes que el niño? (_1_) (_2_) (_3_) (_4_) (_5_)

¿Cómo fue el embarazo? _____

¿Tuvo amenaza de parto prematuro? _____ ¿Qué tratamiento le indicaron?

_____ ¿Padeció de alguna enfermedad antes del embarazo? _____

PARTO: ¿A los cuántos meses se le presentó el parto? _____ ¿Qué tipo de parto tuvo?

_____ ¿Tuvo problemas en el parto? (descríbalos)

_____ ¿Cómo quedó su estado de salud? _____

NACIMIENTO: ¿Lloró al nacer?__ ¿el llanto fue espontáneo o necesitó ser estimulado? ¿Cuánto pesó? _____ ¿Cuánto midió? _____ ¿se lo entregaron enseguida?_____ ¿Quedó en incubadora?_____

ETAPA NEONATAL (los primeros 15 días) era Tranquilo_____ irritable _____ lloraba mucho _____

LACTANCIA: ¿Qué tiempo fue alimentado con leche materna? _____

¿Posteriormente, con qué lo alimentaba? _____

¿Tuvo buen reflejo de succión? _____

¿Tomó mamadera? _____ ¿Hasta qué edad? _____

¿Usó chupete? _____ ¿Hasta qué edad? _____

¿Chupó o succionó el dedo? _____ ¿Hasta cuándo? _____ Especificar si se mantiene _____

DESARROLLO PSICOMOTOR:

¿Cuándo comenzó a agarrar los objetos?_____

¿Extendía los brazos ante personas conocidas?_____

¿Reaccionaba ante las personas extrañas?_____

¿A qué edad sostuvo la cabeza?_____

¿A qué edad se sentó solo?_____

¿Cuándo dio los primeros pasos?_____

¿Cuándo comió solo? _____.

LENGUAJE:

¿Cuándo pronunció las primeras palabras?_____

¿Cuándo comenzó a utilizar frases?_____

¿Cuándo se hizo entender por las personas que lo rodean? _____ (no solo la madre)

¿Habló siempre sin dificultad?_____

¿Utilizó mímica?_____ ¿Hasta qué tiempo?_____

¿Estimulaban su lenguaje? _____ ¿Cómo? _____

ENFERMEDADES:

Obstrucción nasal. _____

Respiración bucal. _____

Amigdalitis frecuentes _____

Otitis frecuentes _____

Alergias _____

Otros _____

DENTICIÓN:

¿Cuándo le salieron los primeros dientes? _____

¿En qué lugar? _____ ¿Sanos? _____

Actualmente ¿cómo es su dentición? _____

LATERALIDAD:

¿Con qué mano trabaja el niño? Diestro _____ zurdo _____ ambidiestro _____

CONTROL DE ESFÍNTERES:

¿A qué edad el niño le avisaba para hacer sus necesidades? _____

Especificar a qué edad tuvo el control con o sin entrenamiento _____

AUTONOMIA:

¿A qué edad comenzó a comer solo? _____

¿A que edad comenzó a vestirse solo? _____

¿Cómo reacciona ante las órdenes? _____

¿Cómo se desenvuelve con las órdenes que se le dan? _____

¿Qué hace cuando lo agreden? _____

¿Conoce el peligro? _____

ESCOLARIDAD:

¿Asistió a la guardería? _____ ¿Cómo se adaptó? _____

¿Qué opinión tenían las docentes? _____ ¿A qué edad comenzó a ir a la escuela? _____

¿Cómo fue su adaptación? _____

¿Cómo es su conducta fuera y dentro del aula? _____

¿Cómo se relaciona con sus compañeros? _____

¿Ha repetido algún grado escolar? _____

En caso de existir:

¿Cuándo comenzó a tener problemas con el aprendizaje? _____

¿Qué actividad se le dificulta más y cuál prefiere? _____

¿Cómo ha sido la relación con la maestra? _____ ¿ha tenido cambios de maestra o escuela? _____

¿Asiste a las reuniones de padres en la escuela? _____

ENTORNO FAMILIAR:

Relación de las personas que conviven con el niño, especificando parentesco, nombre y apellidos. _____

En caso de separación especificar desde cuándo, la edad del menor y si continúan lazos afectivos entre los padres con el niño, especificar quien es el responsable del menor. _____

La madre o el padre han contraído nuevo matrimonio. _____

Si el niño tiene hermano, cómo son sus relaciones. _____

SUEÑO:

Describir cómo es su sueño: tranquilo _____ intranquilo _____

Miedo _____ llantos _____ pesadillas _____ temores nocturnos _____ insomnio _____

¿Con quién duerme? _____

Especificar habitación y cómo la comparten _____

CONDUCTA EN EL HOGAR

Cómo se comporta en los juegos _____

relación con sus pares _____

Si es tranquilo o intranquilo _____

¿Tiene amigos? _____ Especificar si es del mismo sexo o sexos diferentes _____

mayores o menores que el niño _____

¿Cómo es con los amigos? _____

¿Comprende las reglas del juego? _____

¿Necesita que los amigos lo orienten? _____

¿Qué hace cuando no gana? _____

¿Qué juegos prefiere? _____

¿Con quién prefiere jugar o estar? _____

¿Cómo es con las personas mayores? _____

Dónde se mantiene más tiempo: en la calle _____o en la casa _____

¿Se aleja de la casa sin permiso? _____

¿Cómo reacciona cuando no le dan los gustos? _____ ¿Qué hace? _____

¿Qué hace cuando tiene algún problema? _____

¿A quién respeta más en el hogar? _____

¿Quién lo penitencia? _____ ¿De qué forma? _____

¿Cumple las penitencias? _____

¿Todos en el hogar mantienen las penitencias? _____

¿Cómo es con los hermanos? _____

Si ve la televisión ¿qué canales prefiere? _____

¿Cuanto tiempo esta en la computadora? _____

¿Sabe qué paginas visita con frecuencia? _____

Desea hacer algún comentario:

Firma _____

Aclaración _____



Gracias por su colaboración Equipo Soe