**ENTREVISTA INICIAL CON LA FAMILIA**

Alumno/a:

Tutora:

Curso:

*1 DATOS PERSONALES*

**ALUMNO/A:**

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Domicilio familiar:

Población:

Provincia:

Teléfono:

**COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

Nombre del padre:

Estudios:

Edad:

Profesión:

Nombre de la madre:

Estudios:

Edad:

Profesión:

**HERMANOS**

Nombre Edad

Nombre Edad

Nombre Edad

Nombre Edad

Lugar que ocupa el niño /a entre los hermanos (primero, mediano, tercero…)

Centros escolares dónde asisten los hermanos

Dificultades escolares que presenten los hermanos

Otro tipo de problema que presenten los hermanos

*2 OTROS DATOS*

* ¿Quién rellena el cuestionario: padre, madre, ambos, algún encargado?
* ¿Existe algún problema en la vida familiar? (Muertes, separaciones, cambios de domicilio, problemas económicos, enfermedades)
* ¿Vive algún familiar más en casa?
* ¿Quién?

*3 DESARROLLO PSICOMOTOR Y LINGÜÍSTICO*

* ¿Cómo se desarrolló el embarazo? Normal / Complicaciones ¿Cuáles?
* ¿Cómo fue el parto? Normal, antes de tiempo, se retrasó, hubo complicaciones ¿Cuáles?
* Lactancia: Artificial Natural hasta los (número de meses)
* ¿A qué edad empezó a andar?
* ¿A qué edad empezó a hablar?
* ¿Cómo es su lenguaje? (dice palabras, construye frases)
* ¿Tiene problemas de pronunciación?
* ¿Ha tenido alguna enfermedad importante? (alergia, pies, manos, problemas visuales)
* ¿Alguna intervención quirúrgica u hospitalización del niño/a?
* ¿Ha recibido estimulación-tratamiento individual? ¿Lo recibe actualmente? ¿Dónde? ¿De qué?

*4 HÁBITOS*

**CONTROL DE ESFÍNTERES:**

* ¿A qué edad empezó a controlar el pis?
* ¿Se moja durante el día en la actualidad?
* ¿Y durante la noche?
* ¿Con qué frecuencia?
* ¿Utiliza pañal?

**SUEÑO:**

* Horario habitual (duerme desde las … hasta las… y desde las … hasta las…)
* ¿Duerme solo en la habitación? Sí/no ¿con quién?
* ¿Comparte cama con alguien? Sí/no ¿con quién?
* ¿Quién lo acuesta?
* ¿Necesita que alguien este con el/ella para dormirse?
* ¿Tiene alguna costumbre a la hora de dormirse? (cuentos, canciones, luz)
* ¿Necesita algún elemento de compañía cuando se va a la cama?
* ¿Se duerme con facilidad?
* ¿Se despierta por las noches? ¿Por qué?

**ALIMENTACIÓN**

* ¿Come solo?
* ¿Come de todo?
* ¿Presenta problemas en las comidas? Sí/No ¿cuáles?
* ¿Cómo come? Sólido /triturado
* ¿Come sólo lo que le gusta? Sí/no
* ¿Cuáles son sus alimentos preferidos?
* ¿Usa biberón? Sí/no

**AUTONOMÍA Y COLABORACIÓN**

* ¿Colabora en alguna actividad de la casa? (ayuda a poner la mesa, a hacer algún recado)
* ¿Ordena los juguetes? Sí/no
* ¿Cuáles son los juguetes preferidos?
* ¿Con quién suele jugar?
* ¿Colabora en su aseo personal? Sí/no ¿cómo?
* ¿Colabora para vestirse? Sí/no ¿cómo?
* ¿Requiere constantemente ayuda del adulto? Sí/no
* ¿Es autónomo o dependiente en sus actividades de la vida cotidiana?

*5 EDUCACIÓN, COMPORTAMIENTO, RELACIONES PERSONALES*

* ¿Cómo se comporta su hijo/a en casa? (agresivo, alegre, juguetón, callado, nervioso, hablador, terco, inquieto, tranquilo)
* ¿Tiene rabietas? Sí/no ¿cuándo?
* ¿Tiene miedos? Sí/no ¿a qué o a quién?
* ¿Está el niño/a mimado en exceso? Sí/no ¿por quién?
* ¿Castigan alguna vez a su hijo/a? Sí/no ¿cómo?
* ¿Influye alguna persona en especial en la educación de su hijo/a? Sí/no ¿quién?
* ¿A quién obedece mejor su hijo/a?
* ¿Tiene celos? Sí/no ¿de quién?
* ¿Cuáles son las actividades preferidas de su hijo/a?
* ¿Cuánto tiempo ve la tele diariamente?
* ¿Qué programas de televisión ve?
* ¿Ha asistido anteriormente a la guardería? Sí/no
* Nombre de la misma
* Tiempo diario de permanencia
* ¿Desde qué edad? ¿Cómo fue la adaptación?
* ¿Qué sentimiento muestra hacia la escuela?
* ¿Cómo es su relación con los demás? (no suele hablar con personas que desconoce, es vergonzoso, le cuesta relacionarse, es abierto/dicharachero, hace amigos fácilmente, respeta las reglas del juego…)

*6 OBSERVACIONES*

(Todo aquello que no se haya preguntado anteriormente y que se quiera mencionar)