

ENTREVISTA INICIAL – INGRESO AL JARDÍN MATERNAL



Fecha de entrevista:

A) DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre y apellido del niño/a:

Fecha de nacimiento: Edad: DNI:

B) DATOS FAMILIARES

Adulto responsable 1

Nombre y apellido: DNI:

Edad: Estado civil:

Ocupación: Religión:

Tel.: **Correo electrónico:**

Adulto responsable 2

Nombre y apellido: DNI:

Edad: Estado civil:

Ocupación: Religión:

Tel.: **Correo electrónico:**

Domicilio:

Convive con:

C) JUEGO, SOCIALIZACIÓN Y TECNOLOGÍA

- Juego preferido / intereses:
- ¿Con quién juega habitualmente? (adultos, hermanos/as, otros niños/as)
-
- ¿Cómo se relaciona durante el juego con otros niños/as? (compartir, imitar, observar, jugar solo/a)
-
- Mascotas: ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles?:
- ¿Tiene acceso a pantallas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Qué utiliza con mayor frecuencia? ☐ TV ☐ Celular ☐ Tablet
- ¿En qué momentos del día suele usarlas?
-
- ¿El uso es acompañado por un adulto? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cómo reacciona cuando se interrumpe el uso?
- ☐ Se calma ☐ Se enoja ☐ Llora ☐ Se frustra

D) EMBARAZO Y DESARROLLO

Embarazo: ☐ Sin dificultades ☐ Con algunas situaciones a tener en cuenta

(Si desean, pueden comentarlas):

.....

.....

.....

.....

Nacimiento: ☐ A término ☐ Prematuro ☐ Con acompañamiento médico.

¿Hubo internación o cuidados especiales al nacer? ☐ Sí ☐ No

Desarrollo general hasta hoy: ☐ Acorde a su edad ☐ Con seguimiento profesional.

¿Recibe actualmente acompañamiento de algún profesional? ☐ Sí ☐ No

(fonoaudiólogo/a, pediatra, psicopedagogo/a, otro)

¿Hay algo que tranquilice o ayude especialmente a su hijo/a en situaciones nuevas?

.....
.....

E) ALIMENTACIÓN

Hábitos alimenticios:

(Qué come habitualmente, horarios, si come solo/a o con ayuda)

.....
.....
.....

¿Presenta alguna dificultad en la alimentación?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuáles?.....

(selectividad, rechazo de alimentos, dificultades para masticar, etc.)

.....

Uso de mamadera:

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué momentos del día?

.....

En el hogar, ¿evitan el consumo de azúcar u otros alimentos específicos?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

.....

F) LENGUAJE

¿Se comunica? ☐ Sí ☐ No

¿De qué manera? ☐ Palabras ☐ Sonidos ☐ Gestos ☐ Señala ☐ Llanto

¿Responde cuando se lo/la llama por su nombre? ☐ Sí ☐ No

G) SALUD

- Alergias: ☐ Sí ☐ No ¿A qué?:
 - Convulsiones: ☐ Sí ☐ No Motivo:
 - Medicación actual: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?:
-
-

H) ADAPTACIÓN, VÍNCULOS Y LÍMITES

- Experiencias previas de cuidado: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?:
 - Reacción ante la separación:
 - Figura de apego:
 - Cómo se calma / rutinas u objetos que ayudan:
 - Ante límites suele: ☐ Llorar ☐ Gritar ☐ Patalear ☐ Se calma con ayuda
 - ¿Quién pone los límites?:
-

INFORMACIÓN ADICIONAL

.....

.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

☐ Mamá ☐ Papá ☐ Tutor

Nombre: Firma:

Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMÁGENES EN REDES

En carácter de Padre / Madre / Tutor/..... (nombre del niño/a)
..... DNI N.º **autorizo** a la institución a utilizar
imágenes y/o filmaciones de mi hijo/a tomadas en actividades escolares y complementarias, con **fin**
pedagógicos y educativos, para su publicación en los canales oficiales de la institución, tales como:
Instagram, página web, whatsapp institucional. Las publicaciones serán **exclusivamente con fines educativos**
y de difusión institucional, sin fines comerciales.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha...../...../.....