



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 **fines
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...../...../.....