

ENTREVISTA INICIAL PARA LA FAMILIA

Historia del Desarrollo del Educando, en el marco socio-económico familiar

Nombre y apellidos del o la estudiante _____

ANTECEDENTES: PRE, PERI Y POST NATALES

SALUD

Número de embarazo. _____

- Ha presentado dificultades en otros embarazos () SI () NO

Especifique: _____

- Concepción Planeada () No planeada ()

Especifique: _____

- Embarazo Normal () Con problemas ()

Especifique: _____

- Parto Normal () Con problemas ()

Especifique: _____

Durante el embarazo consumió () alcohol () Cigarrillos () Drogas ()

Lactancia () Le dio pecho () Cuánto tiempo _____

Le dieron biberón () Desde que edad _____ Hasta que edad _____

El niño o la niña al nacer

Lloró SÍ () NO ()

Nació morado SÍ () NO ()

Cordón umbilical arrollado SÍ () NO ()

Problemas respiratorios SÍ () NO ()

Peso al nacer _____ gramos

La talla al nacer fue _____ centímetros

Otros

➤ El niño o la niña presento dificultades para mamar (succionar)
Sí () Hasta que edad mamó _____ No () ¿Por qué razón

➤ Le dieron biberón
Sí () No () Desde que edad _____ Hasta que edad _____

A qué edad el estudiante

a) Sostuvo la cabeza _____

b) Se sentó solo o sola _____

c) Se puso de pie solo o sola _____

d) Gateó _____

e) Caminó _____

f) Controló esfínteres _____

g) Hizo las primeras vocalizaciones _____

h) Dijo las primeras palabras _____

i) Dijo las primeras frases _____

¿) Tubo problemas de pronunciación _____

k) Le salieron los primeros dientes _____

Presenta alguna malformación. Sí () NO () Cuál _____

Ha sufrido algún accidente Revisión médica () Hospitalización ()
Sí () NO () Especifique _____

Hubo alguna lesión Cabeza () Extremidades superiores ()
Tronco () Extremidades inferiores () Otros ()

Presenta alguna discapacidad:

➤ Visual ()
Especifique _____

➤ Auditiva ()
Especifique _____

➤ Postural ()
Especifique _____

➤ Lenguaje ()
Especifique _____

➤ Otros ()
Especifique _____

Toma medicamentos antes de ir a la institución SI () NO ()

Cuántas veces al día _____

Es alérgico o alérgica a Alimentos () Especifique _____
Medicinas () Especifique _____
Otros () Especifique _____

Ha padecido o padece	SI	NO	A qué edad	No de veces
Meningitis	()	()	_____	_____
Supuración del oído	()	()	_____	_____
Asma	()	()	_____	_____
Sinusitis	()	()	_____	_____
Inflamación de amígdalas	()	()	_____	_____
Convulsiones	()	()	_____	_____
Bronquitis	()	()	_____	_____
Desnutrición	()	()	_____	_____

	SI	NO	A qué edad	N° veces
Fiebres de más de 40°	()	()	_____	_____
Alergias	()	()	_____	_____

Otros especifiquen

Marque con una equis (x), si el estudiante ha tenido o no lo siguiente

	SI	NO
a. Control de crecimiento	()	()
b. Control de vacunas	()	()
c. Tratamiento Buco-dental	()	()
d. Exámenes de laboratorio	()	()
e. Tratamiento médico	()	()
f. Otros tratamientos	()	()

Especifique

¿Cómo han sido sus hábitos alimenticios?

¿A la hora de dormir su hija o hijo:

Duerme tranquilo _____ sufre de pesadillas _____ problemas
Respiratorios _____ Se orina en la cama _____ ?

El niño y la niña

Es cariñoso _____ Es tímido _____ Es nervioso _____
Es peleador _____ Es temeroso _____ Es activo _____
Pasivo _____ Independiente _____ Dependiente _____
Es alegre _____ Es triste _____ Su atención es dispersa _____
Es comunicativo _____ Amistoso _____ Obediente _____

Manifiesta temor a:

Ruidos _____ oscuridad _____ animales _____ alturas _____
Soledad _____ personas _____. Otras _____

Especifique

¿Su hijo o hija llora con frecuencia? () NO () Sí
Porqué?

Tiende a usar la mano derecha _____ Tiende a usar la mano izquierda _____

Prefiere jugar solo _____ Prefiere jugar en grupos _____

¿Cuáles son sus juegos preferidos?

¿Dispone usted de tiempo para jugar con su hijo (a)? SÍ () NO ()

Mucho Bastante (), Poco (), Nada ()

Ve televisión SÍ () NO () ¿Cuántas horas? _____

¿Cuáles programas? _____

¿Qué actividades le gusta a su hijo o hija realizar en el tiempo libre?

Describa cómo se relaciona el niño o la niña con

Los adultos que viven en el hogar

Los amigos del vecindario

¿Cuándo su hijo o hija riñe con sus compañeros o compañeras cómo interviene usted?

¿Cuándo su hijo o hija riñe con su hermana o hermano (si los tiene), cómo Interviene usted?

¿Qué normas establece para el comportamiento de su hijo o hija? _____

¿Cómo las ha establecido?

¿Cuándo sale con su hijo o hija se ve en la obligación de resolver problemas más graves, que cuando está en la casa? (por ejemplo, en la tienda, el mercado, el cine y otros). Sí _____ No _____ ¿Qué problemas?

¿Qué opina la madre y el padre del infante? ¿Qué concepto tiene de él o ella? _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA Y COMUNIDAD

Marque con equis (x) ¿Cuáles de las siguientes situaciones se han presentado en su hogar?

Problemas económicos ()

Falta de vivienda ()

Desocupación ()

Enfermedades Graves ()

Tipo de construcción

Madera ()

Concreto ()

Otro () _____

Servicios con que cuenta la vivienda

Agua () Electricidad ()

Drenaje () Gas ()

Servicios de la comunidad

Alumbrado público ()

Calle pavimentada ()

Teléfono ()

Alcantarillado ()

Transporte público ()

Recolección basura ()

Agua potable ()

Clinica o Ebais ()

OBSERVACIONES

Fecha: _____

Nombre completo de quien suministra la información: _____

Firma de quién suministro la información: _____

Nombre completo del docente responsable: _____

Firma del Docente responsable: _____

Sello

FORMULA DE ATENCION A PADRES DE FAMILIA

FECHA: _____
HORA DE INICIO: _____
HORA QUE FINALIZA: _____

Nombre del estudiante: _____ **Edad:** _____

Nombre del entrevistado: _____

Relación o parentesco con el estudiante: _____

Nombre del Docente: _____

Puesto que desempeña en la institución: _____

Se le atiende por primera vez: SI _____ NO _____.

Motivo por el que se atiende:

Aspectos relevantes de la entrevista:

Recomendaciones: _____

Firmas:

Padre de familia

Sello

Docente

Informe al Hogar

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre, madre o encargado (a): _____

Docente: _____

Situación del Infante:

Conductual	Cognitiva

Condición presentada:

Cuál es el área donde presenta dificultad

Apoyos brindados en el aula:

Recomendaciones para el hogar:

Firmas: _____
Padre, madre, encargada (o) Nombre, firma del representante de la institución

DIRECCIÓN REGIONAL EDUCATIVA COTO

Departamento de Asesorías Pedagógicas

Asesoría de Educación Preescolar

Informe Trimestral

Adecuaciones no significativas – acceso

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre, madre o encargado (a): _____

Docente: _____

Área	Descripción	Apoyos Brindados	Resultados
Comunicación y Lenguaje			
Hábitos de higiene			
Socialización			
Coordinación viso motora			

Recomendaciones:

Firma de Recibido

Firma del docente