

Entrevista inicial a padres de familia

Alumnos de nuevo ingreso

Escuela:

Fecha de aplicación:

Nombre del aplicador:

Datos de identificación

Nombre del alumno (a):

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Peso:

Estatura:

Tipo de sangre:

Domicilio actual:

Calle:

Número:

Colonia:

C.P.

Ciudad:

Referencias:

En caso de emergencia llamar a:

Teléfono:

Datos Familiares

Nombre de la madre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Horario de trabajo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre del padre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Horario de trabajo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Información del tutor si es diferente a la madre y padre

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Horario de trabajo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Antecedentes prenatales

No. de embarazos:

Ha presentado abortos: SÍ NO

Cuántos:

Causas:

Edad de la madre al nacer el niño (a)

Edad del padre al nacer el niño (a):

Llevó control médico durante el embarazo:	Dónde:
Embarazo Normal <input type="radio"/>	Complicaciones <input type="radio"/>
Describir las complicaciones:	

Antecedentes perinatales

Lugar donde fue atendido el parto	hospital <input type="radio"/>	casa <input type="radio"/>	sola <input type="radio"/>	partera <input type="radio"/>
Semanas de gestación:				
En caso de ser prematuro, describir las causas:				
Tipo de parto				
Natural <input type="radio"/>	Cesárea <input type="radio"/>	Causas:		
Duración del parto desde (inicio de contracciones hasta el nacimiento):				
Complicaciones durante el parto:				
Posición del niño al nacer		Lloró al nacer		
Podálica <input type="radio"/>	cefálica <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Causas:				
Coloración:	Talla:	Tamiz neonatal:		
Peso:	ESCALA DE APGAR:	Tamiz Neonatal:		
Tratamiento:				
Secuelas:				

Antecedentes postnatales

Frecuencia en chequeos:				
Alimentación				
Leche materna <input type="radio"/>	Fórmula <input type="radio"/>	mixta <input type="radio"/>		
Edad del destete:	Complicaciones:			
Permaneció en incubadora	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Tiempo:	
Motivo:				
Condiciones en que fue dado de alta/ diagnóstico médico:				

Desarrollo durante la infancia

Acciones	Edad en meses	Observaciones
Sostener la cabeza		
Sentarse sin apoyo		
Gatear		
Pararse		
Caminar sin apoyo		
Subir y bajar escaleras		
Saltar con dos pies		
Saltar con un pie (derecho-izquierdo)		
Control de esfínteres	Diurno	
	Nocturno	
Manipulación de objetos		
Seguimiento de objetos		
Uso de andadera		
Lateralidad		
Dificultades importante que mencionar en el área motora:		

Desarrollo del lenguaje y comunicación

Acciones	Edad en meses	Observaciones
Balbuceo		
Pronunciar las primeras palabras		
Articular frases		
Platicar de manera clara		

Problemas generales de lenguaje (pronunciación, fluidez, comprensión, omisión y sustitución de palabras, tartamudeo):

Características físicas relacionadas con la comunicación (labio leporino, paladar hendido, anotia, microtia, lengua bífida, falta de piezas dentales, entre otras):

Antecedentes médicos

Cuenta con servicio médico:

SI NO

No. De seguro social:

Cardiacos:

Respiratorios:

Alergias:

Problemas sensoriales:

Problemas de comunicación:

Problemas psicomotores:

Problemas de conducta:

¿Cómo atienden esa situación?

¿Quién lo ha atendido medicamente?

¿Asiste a un centro de apoyo?

¿Ha presentado temperaturas mayores a 40°	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Ha presentado convulsiones?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿De qué tipo?			¿A qué edad?		
¿Recibe tratamiento?					
Traumatismo	sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Causas:		
Cirugías	sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuántas y causas?		
Alteraciones en el sueño	Tranquilo	Intranquilo	Sonambulismo	Pesadillas	

Estudios realizados (especialistas o médicos)

Tipo de estudios	Fecha	Diagnóstico/Resultado	Institución/especialista

Situación actual

Tratamiento médico actual	SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Discapacidad y/o trastorno	Especificar:		
Ayudas técnicas que utiliza	Especificar el uso y cuidados de las ayudas técnicas:		

Dinámica familiar

Situación legal	Casados <input type="radio"/>	Divorciados <input type="radio"/>	Unión libre <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>	Madre/padre soltero <input type="radio"/>	tutor <input type="radio"/>
Personas que viven con el alumno						
Total		Número de hermanos		Lugar que ocupa		

Vivienda

Vive en	Casa sola	Depto.	Cuarto	Rentado	Propio	prestado
Número de cuartos			Con quién duerme el niño			
Transporte para llegar a la escuela						
Tiempo de traslado			Quién lo lleva			
¿Cómo se lleva el niño (a) con su papá, mamá/tutor ?						
¿Con quién toma los alimentos?			¿Se alimenta solo?			
¿Con quién juega y a qué?						
¿Cuánto tiempo ve la televisión?						
¿Le leen cuentos en casa?						
¿Se viste solo?						
¿Va al baño por sí solo?						
¿Qué le gusta?						
¿qué le disgusta?						

Historia Escolar

Niveles de educación básica	Institución	Edad	Duración	Conductas o dificultades	Educ. Especial/ Educ. Regular
Educ. Inicial					
Educ. Preesc.					
Educ. Primaria					
Educ. Secundaria					
Educ. Laboral					

Observaciones	Sí	No	Especificar
¿Asiste a la escuela con agrado?			
¿Muestra interés en la realización de tareas?			
¿Realiza apoyo en la realización de tareas o actividades?			
¿Se le dificultan algunas tareas?			
¿Realiza actividades extraescolares?			
¿Cómo describe a su hijo (a)?			
¿Qué sabe hacer su hijo (a)?			
¿A qué se compromete con su hijo (a) y la escuela?			
¿Qué expectativas tiene hacía su hijo (a) en un futuro?			
¿Qué espera del Servicio de educación de Educ. Especial?			

Nombre y Firma del padre/madre
o tutor

Nombre y Firma del Aplicador (a)