

## ENTREVISTA INICIAL CON LAS FAMILIAS (SÓLO PARA ALUMNOS DE EDUCACIÓN INFANTIL)

El siguiente cuestionario pretende recoger datos del niño con el fin de conocerle mejor y poder así ayudarle a desarrollar su personalidad y autonomía. Los datos de este cuestionario serán utilizados sólo profesionalmente, asegurándole la total discreción por nuestra parte.

### I. - DATOS DEL NIÑO/A.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Cómo le llaman en casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfonos para emergencias: \_\_\_\_\_

### II. - DATOS FAMILIARES:

#### MADRE:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estudios realizados: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

#### PADRE:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estudios realizados: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

#### HERMANOS:

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Con cuál se siente más unido? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene celos de algún hermano? \_\_\_\_\_

### III. - RELACIONES FAMILIARES:

ESTRUCTURA DEL NÚCLEO FAMILIAR: ¿Con quién vivo en casa?

- Papá.
- Mamá.
- Hermanos.
- Abuelos.
- Otros \_\_\_\_\_

¿Cómo se resuelven en casa los conflictos? \_\_\_\_\_

¿Quién los resuelve? \_\_\_\_\_

En caso de padres separados:

¿Quién tiene la custodia? \_\_\_\_\_

¿Qué relación mantienen entre los padres? \_\_\_\_\_

¿Y con el niño/a? \_\_\_\_\_

¿Existe algún tipo de problema que pueda influir en el niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### IV. - SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO/A:

Estado de salud general: \_\_\_\_\_ ¿Tuvo algún problema al nacer? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Enfermedades que ha pasado (sarampión, varicela, etc) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna secuela o consecuencia? \_\_\_\_\_

¿Ha observado algún problema visual, motriz, auditivo? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma medicación habitualmente? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna operación? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Y a algún alimento? \_\_\_\_\_

Otras observaciones médicas: \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a andar? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna dificultad en el movimiento? (pies planos, problemas de postura, equilibrio...) \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a hablar? \_\_\_\_\_

¿Son inteligibles sus palabras? \_\_\_\_\_ ¿Habla mucho o poco? \_\_\_\_\_  
¿Se apoya en el lenguaje de gestos más que en el oral para comunicarse? \_\_\_\_\_

### Descanso y tiempo libre:

¿Cómo duerme su hijo/a?

Tranquilo \_\_\_\_\_ Intranquilo \_\_\_\_\_ Toda la noche solo \_\_\_\_\_ con alguien \_\_\_\_\_

Se cambia de cama durante la noche \_\_\_\_\_ Duerme con algún objeto que le  
guste \_\_\_\_\_ Necesita alguna rutina en especial \_\_\_\_\_

¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ve la televisión diariamente? \_\_\_\_\_

¿Con quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué programas ve? \_\_\_\_\_

¿Tiene miedos? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Juega con otros niños? \_\_\_\_\_ ¿Y con adultos? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

### V. - HÁBITOS Y AUTONOMÍA:

Necesita ayuda para:

Vestirse \_\_\_\_\_ lavarse \_\_\_\_\_ comer \_\_\_\_\_ calzarse \_\_\_\_\_

¿Cuál de ellas realiza solo? \_\_\_\_\_

Tipo de alimentación:

❖ En el desayuno toma \_\_\_\_\_

❖ En la comida toma \_\_\_\_\_

❖ En la merienda \_\_\_\_\_

❖ En la cena \_\_\_\_\_

¿Plantea algún problema en la comida? \_\_\_\_\_ Indique cuál \_\_\_\_\_

¿Controla esfínteres? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? (durante el día o durante la  
noche) \_\_\_\_\_

¿Va solo al aseo? \_\_\_\_\_ ¿Se limpia solo? \_\_\_\_\_

### VI. - PERSONALIDAD DEL NIÑO/A:

¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a? (marque con una X)

Alegre \_\_\_\_\_ Triste \_\_\_\_\_

Decidido \_\_\_\_\_ Tímido \_\_\_\_\_



Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_  
Activo \_\_\_\_\_ Pasivo \_\_\_\_\_  
Agresivo \_\_\_\_\_ Pacífico \_\_\_\_\_  
Competitivo \_\_\_\_\_ Conformista \_\_\_\_\_  
¿Llora con frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene rabietas? \_\_\_\_\_ ¿En qué situaciones? \_\_\_\_\_

### VII. - OTROS DATOS:

¿Qué mano utiliza con más frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Ha asistido a otro colegio o guardería? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si desea añadir cualquier otro dato sobre su hijo/a que considere importante para ayudarnos a conocerle mejor, expóngalo a continuación:

---

---

---

---

---

Les recordamos que el color de babi para los **3 años** del curso 2025-26 es **AZUL**. Para los **4 años** será de color **VERDE** y para los **5 años** de color **ROJO**.

Gracias por su colaboración.

Las tutoras de Infantil

