

Nombre del niño _____
Fecha de nacimiento _____ Edad en años y meses _____

Escuela de procedencia _____ Grado actual que cursa _____

Nombre del padre _____

Ocupación _____ Nacionalidad _____

Nombre de la madre _____

Ocupación _____ Nacionalidad _____

Antecedentes

Enfermedades familiares o de los padres _____

¿Cómo fue el embarazo? _____

¿Cómo fue el parto? _____

Peso al nacer _____ ¿Fue amamantado? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad gateó? _____ Caminó _____ Habló _____

¿A qué edad controló esfínteres? _____ ¿Moja la cama? _____

¿Se limpia solo? _____

¿Se chupa el dedo? _____

¿Tiene algún otro hábito? (morderse las uñas. jalarse el pelo, etc) _____

¿Hay letras o sonidos que aún no pronuncia claramente? (mencione cuáles) o o recibe algún tipo de terapia? _____

¿Cuál fue el motivo de consulta? _____

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

¿Qué tipo de terapia? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____
 ¿Por qué dejó de ir a terapia? _____
 Nombre y teléfono del terapeuta _____

Ambiente familiar

Situación de los padres: Casados _____ Divorciados _____ Unión libre _____

Madre soltera _____ Viudo _____

Número de matrimonios del padre _____ De la madre _____

¿Viven ambos padres? _____ En caso negativo, vive _____

Si está muerto alguno de los padres, ¿cuántos años tenía el niño? _____

¿Cómo manejaron la situación? _____

Otra muerte significativa para el niño _____

¿Con quién vive el niño? _____

¿Quién se hace cargo del niño? _____

Número de personas en el hogar

	Nombres	Edad
1.-	_____	_____
2.-	_____	_____
3.-	_____	_____
4.-	_____	_____
5.-	_____	_____
6.-	_____	_____

¿Es constante la presencia del padre en el hogar? _____

En caso negativo, por qué _____

¿Qué actividades realizan los niños exclusivamente con su padre? _____

¿Es constante la presencia de la madre en el hogar? _____
En caso negativo, ¿por qué? _____

¿Qué actividades realizan los niños exclusivamente con la madre? _____

¿Cómo es la relación con los hermanos? _____

Salud general

¿Se enferma con frecuencia? _____ Causas _____

¿Cómo se modifica su ánimo cuando se enferma? _____

¿Padece alergias? _____ Causas _____

¿Tiene algún padecimiento crónico? _____

¿Otras enfermedades o infecciones agudas? _____

Intervenciones quirúrgicas _____ ¿Cuales? _____

¿Qué tipo de medicina usan para curarse? _____

¿Toma con regularidad algún medicamento? _____ Cuál _____

Inmunizaciones: _____

Triple Polio Sarampión Otras _____

Hábitos

¿A qué hora despierta su hijo entre semana? _____

¿En fin de semana? _____

¿Cómo despierta (somnoliento, alegre, enojado, indiferente, etc.)? _____

¿Se viste solo? _____ ¿Se peina solo? _____

¿Desayuna? _____ ¿Qué? _____

¿Tiene una dieta especial? _____

¿Qué alimentos le gustan más? _____

¿Qué alimentos le gustan menos? _____

Horario de comidas: _____

¿Ayuda su hijo en las tareas domésticas en forma regular? _____

¿Cuáles? _____

¿Cómo disciplina a su hijo? _____

¿A qué hora se acuesta entre semana? _____ ¿fin de semana? _____

¿Cuál, si es que lo hay, es el ritual para acostarse? _____

¿Se duerme fácilmente? _____ ¿Despierta durante la noche? _____

¿Cómo es su sueño? _____

¿Habla dormido? _____ ¿Es sonámbulo? _____ ¿Tiene terrores nocturnos? _____

¿Sueños o pesadillas recurrentes? _____

¿Considera que hay un ritmo constante en la vida de su hijo? _____

Por favor, descríballo a continuación: _____

Juegos

¿Qué actividades familiares disfruta más su hijo? _____

¿Qué actividades físicas disfruta su hijo? _____

¿Sabe nadar? _____ ¿Usa computadora? _____ ¿o juegos de videos? _____

¿Cuál es la razón y con qué frecuencia? _____

¿Ve la televisión? _____ ¿Diario o semanal? _____ ¿Cuántas horas? _____

Programas preferidos: _____

¿Qué tipo de música se escucha más en su hogar? _____

¿Tiene amigos cerca de su casa? _____ ¿De qué edades? _____

¿De qué sexo? ¿Cómo es la relación? _____

¿Tiene amigos imaginarios? _____ Explique: _____

¿Le gusta jugar solo? Describa: _____

¿Qué tipo de juego le gusta más? _____

¿Menos? _____

¿Tiene mascotas? _____

Religión

¿Pertenece a alguna religión? _____

Practicantes: Sí No

Escolaridad

¿A qué edad ingresó su hijo a la escuela?

Nombre de las escuelas a las que ha asistido:

1.- _____ 2.- _____

3.- _____ 4.- _____

¿Existió algún problema de disciplina? _____

¿De aprendizaje? _____

Otros: _____

Cómo supieron de Papalotes Oaxaca? _____

Motivo del cambio: _____

¿Por qué escogieron una escuela Waldorf para su hijo? _____

¿Qué esperas de la escuela? _____

Agradecemos el tiempo que tomó para contestar esta entrevista y la honestidad en sus respuestas. “Le recordamos que esta información es confidencial, así mismo le comentamos que buscaremos ampliar la información aquí presentada, así como pedir referencias a otras escuelas en caso de ser necesario. Gracias.

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora
