



SISTEMA EDUCATIVO ESTATAL  
COORDINACIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL  
SUPERVISIÓN ZONA III  
CAM LUPITA SANTANA DERBEZ  
02DML0008W



**ENTREVISTA POR AREAS DE APOYO**

Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ciclo escolar: \_\_\_\_

**Datos personales.**

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_ Grado o años cursados: \_\_\_\_\_

Ubicación de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Conoce el servicio? \_\_\_\_\_

¿Qué espera de nuestro servicio? \_\_\_\_\_

Domicilio del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Medio de transporte que utiliza: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

**Motivo de la evaluación.**

(Si es canalizado o cual es la causa de ser posible candidato a recibir apoyo y desde cuando tiene conocimiento de su situación).

---

---

---

---

---

---

## Historia escolar

Datos relacionados con la escolaridad de su hijo(a).

Servicio que ha asistido			Ciclo en el que asistió al servicio	Tiempo en el que asistió	Continúa asistiendo al servicio
Intervención temprana					
IPBC					
CRI					
CRIIE					
USAER					
Escuela de Educación Especial o C.A.M.					
Otro, especificar:					
Preescolar	Primaria	Secundaria			

¿Qué grados ha reprobado y cuántas veces? \_\_\_\_\_

Relación que establece con sus maestros: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el interés que demuestra hacia la escuela y las actividades que realiza en ella? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún horario establecido para tareas y estudio? \_\_\_\_\_

¿Existe algún hábito de estudio? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

## Adaptación e inserción social

¿Cómo se relaciona con otros jóvenes de su edad? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades son de su interés? \_\_\_\_\_

¿Cómo las realiza? \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad extraescolar? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué situaciones le causan alegría? \_\_\_\_\_

¿Qué situaciones le causan disgusto? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su comportamiento ante situaciones problemáticas? \_\_\_\_\_

### Estilo de aprendizaje y motivación

¿Cuál es su actitud ante las tareas y el estudio? \_\_\_\_\_

¿Le gusta trabajar solo o en equipo? \_\_\_\_\_

### Estructura familiar:

Situación de la pareja:

Matrimonio Civil ( )      Religioso ( )      Divorciados ( )      Viudo(a) ( )  
Separado(a) ( )      Mamá Soltera ( )      Papa Soltero (a) ( )      Unión Libre ( )  
Segundas Nupcias ( )

Numero de las personas que viven en la casa y parentesco con el menor (incluyendo al alumno).

Nombre y apellido	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingresos	Edad

En qué momento se comunica con usted su pareja? \_\_\_\_\_

De que temas hablan? \_\_\_\_\_

Como describe a su familia? \_\_\_\_\_

Que religión practica? \_\_\_\_\_

Actividades familiares frecuentes: \_\_\_\_\_

Si permanecen en casa, ¿Qué actividades realizan? \_\_\_\_\_

Tiempo en que conviven juntos: \_\_\_\_\_

¿Quién ejerce la autoridad en casa? \_\_\_\_\_

¿La autoridad es consistente? \_\_\_\_\_

¿Cómo se establecen las normas en el hogar?

De común acuerdo ( )                      Se imponen ( )                      No existen ( )

¿En qué actividades se apoyan como pareja?

Cuidado de los hijos ( )                      Labores en el hogar ( )                      Económicas ( )

Temas escolares ( )                      Problemas de salud ( )

¿Quién toma las decisiones importantes en la familia? \_\_\_\_\_

¿Quién administra la economía del hogar? \_\_\_\_\_

¿Existe una adicción en su familia?

Tabaco ( )                      Alcohol ( )                      Drogas ( )                      Otro(s) ( )

¿Quién o quienes la usan? \_\_\_\_\_

Tipo de relación que establece su hijo con su familia: \_\_\_\_\_

¿ Con quien de su familia se relaciona mejor? \_\_\_\_\_

¿Cómo describe a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Necesita compañía aun estando en casa? No ( ) Si ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su comportamiento en lugares nuevos?

Se adapta fácilmente ( )                      Se muestra indiferente ( )                      No se adapta ( )

Otros comportamientos: \_\_\_\_\_

¿Qué responsabilidad tiene su hijo en casa? \_\_\_\_\_

¿Busca la aprobación de los padres? \_\_\_\_\_

#### **Entrevista de contexto familiar.**

#### **Características del medio donde habita y grupos de preferencia**

**Servicios con los que cuenta su comunidad:**

Pavimento ( ) Agua ( ) Luz ( ) Vigilancia ( ) Drenaje ( )  
Alumbrado público ( ) Transporte público ( ) Instituciones de salud ( )  
Comercios ( ) Iglesias ( ) Parques ( ) Escuelas ( ) Otros,  
especifique: \_\_\_\_\_

**Características de la vivienda, construcción de:**

Madera ( ) ladrillo ( ) block ( )  
Otros, especifique: \_\_\_\_\_

**Número de habitaciones (anote número): ( )**

Sala ( ) Comedor ( ) Cocina ( ) Recamara ( ) Baño ( )  
Patio ( )

**Muebles de la casa:**

Cama ( ) comedor ( ) Estufa ( ) Refrigerador ( ) Televisión ( )  
Video ( ) Radio ( ) Otros ( )

**Tipo de vivienda:**

Condominio ( ) Casa sola ( ) Vecindad ( ) Lote compartido ( )

**Servicio sanitario:**

Drenaje ( ) Fosa Séptica ( ) Letrina ( )

**Grupos con los que normalmente se relaciona:**

Religioso ( ) Político ( ) Deportivo ( ) Social ( ) Familiares ( )  
Comité de vecinos ( ) Vecinales ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**Tenencia de la vivienda:**

Propia ( ) Prestada ( ) Rentada ( ) Monto de renta: \$ \_\_\_\_\_

**Alimentación.**

Numero de comidas al día que acostumbra la familia:

Una ( ) Dos ( ) Tres ( ) Mas ( ) ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Consumen frutas o verduras: Si ( ) No ( )

Cuáles son las de mayor consumo?: \_\_\_\_\_

¿Toman leche todos los días de la semana?: Si ( ) No ( ) Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Consumen carne todos los días de la semana? Si ( ) No ( ) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Consumen pescado y mariscos? Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Menciona alimentos de mayor consumo: \_\_\_\_\_

**Higiene.**

¿Cuenta con baño de regadera? Si ( ) No ( ) ¿Qué utilizan? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con agua caliente dentro de la vivienda? Si ( ) No ( )

¿Con que frecuencia acostumbran bañarse en su familia?

Diario ( ) Cada tercer día ( ) Cada semana ( )

**Información general.**

En su familia ¿con que frecuencia se acostumbra la lectura?

Todos los día ( ) Semanalmente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

¿Qué tipos de lectura son de su preferencia?

Periódicos ( ) Libros ( ) Revistas ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Escuchan radio?

Si ( ) No ( ) Cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Tipos de programas de preferencia:

Novelas ( ) Informativos ( ) Musicales ( ) Culturales ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ven televisión?

Si ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tipos de programas favoritos:

Si ( ) No ( ) Cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Tipos de programas favoritos:

Novelas ( ) Informativos ( ) Cómicos ( ) Educativos ( )

Infantiles ( ) Otros: \_\_\_\_\_

### Historia clínica

Antecedentes heredo-familiares

Edad de los padres al nacimiento: Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Estado de salud actual: \_\_\_\_\_

Embarazo de la madre: G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

Numero de hermanos: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_

Enfermedades familiares: \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales no patológicos.

Producto de gesta No. \_\_\_\_\_ Planeado \_\_\_\_\_ Deseado \_\_\_\_\_ Atención pre-natal en \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

duración del embarazo \_\_\_\_\_ alimentación de la madre durante el embarazo \_\_\_\_\_

### Padecimientos durante el embarazo.

Diabetes \_\_\_\_\_ Eclampsia \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_ Cardiopatías \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Estudios radiográficos: \_\_\_\_\_

Fármacos: \_\_\_\_\_

Nacimiento atendido en \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Resultado por \_\_\_\_\_ Trabajo de parto \_\_\_\_\_

Eutócico \_\_\_\_\_ Distócico \_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_ Complicaciones obstétricas \_\_\_\_\_

Ictericia \_\_\_\_\_ Cianosis \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_ Respiración espontanea \_\_\_\_\_

Requirió incubadora \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_ Reflejo de succión \_\_\_\_\_

Lactancia matenal \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_ Lactancia mixta \_\_\_\_\_

Durante \_\_\_\_\_ Lactancia artificial \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_

Leche tipo \_\_\_\_\_ Inicio ablactación \_\_\_\_\_

Alimentación actual \_\_\_\_\_

### Desarrollo somático-funcional

Mantiene cabeza erguida \_\_\_\_\_ Rueda por si mismo \_\_\_\_\_ Gatea \_\_\_\_\_

Se levanta \_\_\_\_\_ Camina sin apoyo \_\_\_\_\_ Inicia dentición \_\_\_\_\_

Primeras palabras \_\_\_\_\_ Organiza frases \_\_\_\_\_ Control de esfínteres \_\_\_\_\_

Vesical \_\_\_\_\_ Anal \_\_\_\_\_ Corre \_\_\_\_\_ Sube escalones \_\_\_\_\_

Se sostiene en pie \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales patológicos

Sarampión \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_ Rubeola \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_

Parotiditis \_\_\_\_\_ Faringoamigdalitis \_\_\_\_\_ Parasitosis \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Asma bronquial \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traumatismo \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Transfusiones \_\_\_\_\_ Grupo y RH \_\_\_\_\_  
Quirúrgicos \_\_\_\_\_

Convulsiona \_\_\_\_\_ Características de convulsión \_\_\_\_\_  
Datos psiquiátricos \_\_\_\_\_

Problemas visuales \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico

Analgésico usual \_\_\_\_\_  
Indicaciones especiales \_\_\_\_\_

### Exploración física

Estatura \_\_\_\_\_ Peso actual \_\_\_\_\_ Peso ideal \_\_\_\_\_  
Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temperatura. \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

Servicio médico que lo protege \_\_\_\_\_

Observaciones del caso \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_



Entrevisto:

Área de trabajo social: \_\_\_\_\_

Área de psicología: \_\_\_\_\_

Área de enfermería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del entrevistado

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. Director de centro



Sello de Centro Escolar