

Fecha de Entrevista:.....  
Responsables:.....

### **ENTREVISTA INICIAL**

**Nombre y Apellido:** .....

Fecha de Nacimiento:.....

DNI:.....

Edad: .....

Domicilio: .....

**Certificado de discapacidad:** SI..... NO.....

Diagnostico:.....

**Obra Social:**..... Nro de Afiliado:.....

**Escuela que asiste:** .....

Grado: ..... Turno: .....

### **DATOS DE LA MADRE**

Nombre y Apellido: .....

Edad: ..... Nro. de teléfono: .....

Ocupación: .....

### **DATOS DEL PADRE**

Nombre y Apellido: .....

Edad: ..... Nro. de teléfono: .....

Ocupación: .....

**MOTIVO DE CONSULTA:** .....

### **TRAYECTORIA ESCOLAR:**

**Disponibilidad:** .....

## **ANTECEDENTES CLINICOS**

- Enfermedades(Alergias): SI..... NO.....  
¿Cuáles?.....
- Medicaciones: SI..... NO.....  
Motivos:.....  
¿Cuáles?.....

## **HÁBITOS DE AUTOVALIMIENTO:**

Alimentación:.....  
.....

Higiene:.....

- Control de esfínter:.....Diurno (en el día):.....Nocturno (en la noche):.....

Vestimenta:.....  
.....

## **Aspecto Conductual: RELACIONES CON AUTORIDAD**

- Con el Padre:.....
- Con la Madre: .....
- Manejo de Límites: .....
- Docentes/Terapeutas: .....

## **Aspecto Cognitivo: SITUACION EDUCATIVA- TERAPEUTICA**

- Dispositivos básicos de aprendizaje:
  - Motivación:.....
  - Atención:.....
  - Memoria:.....
- Tolerancia a la frustración: .....
- Actividad Lúdica: (Tipo de juego de su preferencia)  
.....  
.....
- Lateralidad:.....

## **Aspecto Motor: DESARROLLO PSICOMOTRIZ**

- Control cefálico (edad en que sostuvo la cabeza):.....
- Sonrisa Social:.....
- Sedestación (edad en que se sentó):.....
- Gateo.....
- Bipedestación (edad en que se paró):.....
- Marcha (edad que caminó):.....

Observaciones:.....  
.....  
.....

