



# Entrevista Familiar

DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA

Es necesario traer esta solicitud con los datos completos el día de su Evaluación.

## I. DATOS GENERALES DEL NIÑO(A)

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

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado Escolar Actual: \_\_\_\_\_ Ciclo Escolar a ingresar: \_\_\_\_\_

Colegios anteriores: \_\_\_\_\_

## II. DATOS FAMILIARES

### DATOS DEL PADRE

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

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA MADRE

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

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

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### OTROS (EN CASO QUE APLIQUE)

Estado Civil de los Padres:  Casados  Divorciados  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de los Hermanos(as): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En la familia existen medios hermanos: \_\_\_\_\_ Viven con: \_\_\_\_\_

Nombre de los Medios Hermanos(as) Edad: Genero: Escolaridad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Además de los padres e hijos ¿vive algún otro familiar en el hogar?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

### III. DESARROLLO DE PRIMERA INFANCIA

#### Sección a contestar si está aplicando a Maternal, Transitorio, K1, K2, K3 o 1° de Primaria

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

El parto fue:  Prematuro  A término  Post-término

¿Hubo alguna complicación de consideración durante el nacimiento?  Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Se sentó sin apoyo a los \_\_\_\_\_ meses, gateó a los \_\_\_\_\_ y dio sus primeros pasos a los \_\_\_\_\_ meses.

¿Aún usa pañal? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿Se le dificulta algún fonema? \_\_\_\_\_

¿Ha llevado terapia de lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Existe actualmente un problema con el control de esfínteres? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### ENFERMEDADES O CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFICAR LA EDAD APROXIMADA)

¿Hay alguna situación médica que sea importante conocer?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza constantes \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Operaciones: \_\_\_\_\_

Estudios neurológicos \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Evaluaciones psicológicas o psiquiátricas \_\_\_\_\_

Actualmente recibe terapia  Sí  No

Fecha de inicio de terapias \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Contacto del centro de Terapias al que acude \_\_\_\_\_

Nombre y contacto del Terapeuta que da seguimiento  
\_\_\_\_\_

¿Se le ha diagnosticado?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento de uso prolongado?  Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

\*Favor de mandar al correo del Departamento de Psicología: Reporte de Evaluación/  
Reporte de Seguimiento de las terapias de su hijo(a).

Materna a 1° de Primaria: [karen.salazar@laf.edu.mx](mailto:karen.salazar@laf.edu.mx)

2° de Primaria a 9°: [melina.trejo@laf.edu.mx](mailto:melina.trejo@laf.edu.mx)

#### IV. RELACIONES FAMILIARES

La disciplina en casa es dirigida por: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de consecuencias se ponen en casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay acuerdos en la disciplina entre Papá y Mamá? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido o presenciado alguna experiencia no positiva? \_\_\_\_\_

Actividades extraescolares que practica \_\_\_\_\_

Sus juegos o juguetes preferidos son: \_\_\_\_\_

¿Número de horas que ve la TV al día? \_\_\_\_\_

¿Número de horas invertidas en videojuegos y/o aparatos electrónicos (Ipad-tabletas)?  
\_\_\_\_\_

#### V. RELACIONES SOCIALES

La relación con los amigos es: Líder \_\_\_\_\_ Se deja manejar \_\_\_\_\_

cooperador \_\_\_\_\_ compartido \_\_\_\_\_ egoísta \_\_\_\_\_ agresivo \_\_\_\_\_

tímido (huraño) \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

¿Cómo se dirige el niño (a) con los adultos?

Con Respeto

Tímido/Reservado

Extrovertido

## VI. FACTORES DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA

Hábitos e intereses:

¿Qué acostumbra desayunar? \_\_\_\_\_

¿Se le proporciona una alimentación variada? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado dificultades en la alimentación? \_\_\_\_\_

¿Durante la noche el niño (a) presenta alguna de las siguientes situaciones?

Pesadillas \_\_\_\_\_ Sonambulismo \_\_\_\_\_ Habla dormido \_\_\_\_\_

Rechina dientes \_\_\_\_\_ Miedo nocturno \_\_\_\_\_ Requiere luz \_\_\_\_\_

Manías y Tics:

Se come las uñas \_\_\_\_\_ Le sudan las manos \_\_\_\_\_ Se chupa dedo \_\_\_\_\_

Muletillas (frazada, chupón, trapito, etc.) \_\_\_\_\_ Meterse dedo a nariz \_\_\_\_\_

Morder a otros \_\_\_\_\_ Tics o muecas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## VII. FACTORES DE CAMBIO

En los últimos seis meses ha tenido alguno de los siguientes cambios:

Residencia

Ciudad

Escuela

Separación de los Padres

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

Enfermedades de consideración que existan en la familia:

\_\_\_\_\_

Muerte de algún familiar  Sí  No Parentesco \_\_\_\_\_

Cambios laborales: Del Padre  Sí  No De la Madre  Sí  No

Cambio en hábitos cotidianos familiares: \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

---

---

---

---