



ENTREVISTA DE CONOCIMIENTO

PARA INGRESO A EDUCACIÓN INICIAL

Aspirante a: SALA DE _____ AÑOS - 2026.

1- DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos del alumno: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Fecha de entrevista: _____

Obra Social: _____ N° _____

Nombre y apellido del entrevistador: _____

2- DATOS FAMILIARES:

Grupo familiar conviviente:

Papá ____ mamá ____ Hermanos ____ edades ____ Nombres: _____

Grupo familiar no conviviente:

Colegio al que asisten los hermanos: _____

¿Con quién permanece cuando ambos progenitores están trabajando? _____

¿Qué religión tiene la familia? _____

Datos del Padre:

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____

¿En relación de dependencia o independiente? _____

Teléfono / Celular: _____

E-mail: _____

Instagram: _____ Facebook: _____

Datos de la Madre:

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____

¿En relación de dependencia o independiente? _____

Teléfono / Celular: _____

E-mail: _____

3- ANTECEDENTES ESCOLARES

¿Concurrió anteriormente a algún jardín maternal o escuela? _____

¿Cuál? _____



Cantidad de años cursados en la misma: _____

¿Cómo ha sido su desempeño? _____

¿Cómo fue su conducta en general? _____

¿Se ha realizado derivación a equipo de orientación o profesionales externos?

Motivo por el que elige el colegio: _____

¿Quién le recomendó el colegio, o cómo se interesó por el ingreso al mismo?

4- ANTECEDENTES PRE-NATALES (Período de Embarazo)

-Enfermedades de la madre: _____

- Medicamentos (cuáles) _____

- Estado emocional general: _____ ¿Nació a término? _____

¿Parto natural o cesárea? _____

5- ANTECEDENTE PERINATALES (Parto)

Peso: _____ Talla: _____

¿Algún problema durante el parto? ¿Cuáles? _____

6- ANTECEDENTES POST-NATALES

-Tratamientos posteriores al parto del niño: _____

¿Algún problema pos parto? _____

7- ANTECEDENTES MÉDICOS

Tratamientos médicos realizados: _____

Enfermedades importantes: _____

Operaciones: _____ Hospitalizaciones: _____ tiempo: _____

¿Ha sufrido pérdida de conciencia? _____

Problemas de visión: _____ ¿Cuál? _____ ¿Usa anteojos? _____

Problemas de audición: _____ ¿Cuál? _____

Algún otro tipo de enfermedad: _____

8- DESARROLLO PSICOMOTOR

¿A qué edad controló la cabeza? _____ ¿A qué edad se paró? _____

¿A qué edad caminó? _____ ¿Controló esfínter? _____

9- DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____

¿Presenta alguna dificultad para hablar? _____

10- TERAPIAS:

¿Ha necesitado evaluación psicológica? _____ ¿Cuándo? _____



¿Neurológica? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Psiquiátrica? _____
¿Cuándo? _____ ¿Psicopedagógica? _____ ¿Cuándo? _____
_____ ¿Fonoaudiológica? _____ ¿Cuándo? _____

En caso de respuesta positiva:

¿Quién realiza la derivación de la consulta? _____

Fecha de derivación: _____ Nombre del profesional que lo atendió:
(adjunte informe) _____

11- HÁBITOS

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? _____
¿Usa pañales diurnos o nocturnos? _____
¿Actualmente toma mamadera y/o chupete? _____
¿En qué se entretiene? _____
¿Cuántas horas dedica al juego? _____ Utiliza pantallas? _____
Tablet _____ Celular _____ Computadora _____ TV _____ ¿Cuánto tiempo? _____

12- RELACIONES FAMILIARES:

Modo de vincularse con:

- Su mamá: _____
- Su papá: _____
- Sus hermanos: _____
- Otros familiares: _____

En el caso de papás separados:

- ¿Con quién vive el alumno? _____
- ¿Cuál es el régimen comunicacional establecido? _____
- ¿Alguna información legal establecida entre los padres sobre el niño? _____

13- OBSERVACIONES

Firma y aclaración en conformidad de la información registrada:



CONTROL DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

✓	Fecha de recepción	Detalles	Responsable que recibe
		DNI del alumno	
		DNI del padre	
		DNI de la madre	
		Partida de Nacimiento (puede ser de Ciudadano Digital)	
		Fotocopia de Informe de la sala/jardín anterior (ficha o informe)	
		Certificado de Libre de Deuda	
		Certificado de domicilio o Boleta de servicio	
		Ficha de salud (firmada por el pediatra)	
		Certificado de Oftalmólogo (sala de 5)	
		Certificado de Otorrino- Audiometría (sala de 5 años)	
		Fotocopia de carnet de Vacunas	
		2 fotos color y actuales 4x4	
		10 folios tamaño oficio y reforzados	
		1 carpeta colgante	
		1 carpeta cristal tapa transparente T oficio	

EVALUACIÓN DE EQUIPO DE ORIENTACIÓN ESCOLAR:

Alumno observado: SI NO

Proceso de conocimiento: POSITIVO NEGATIVO

Diagnóstico:

D.A.I.: SI NO

Firma y sello de la profesional: