

**Entrevista Psicológica de Ingreso**  
**Área de Psicología**

Centro Asistencial de Desarrollo Infantil

FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_

1. DATOS GENERALES

Nombre del becario: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

2. CONSTELACION FAMILIAR

3. HABITUS EXTERIOR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Qué espera del CADI? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha asistido a otro centro? \_\_\_\_\_  
 Experiencia del servicio: \_\_\_\_\_

5. VIDA PERINATAL

¿El embarazo fue planeado? \_\_\_\_\_  
 Reacción ante el embarazo: \_\_\_\_\_  
 Núm. de embarazos: \_\_\_\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_  
 Acontecimientos relevantes durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
 Impresiones de la madre durante el parto: \_\_\_\_\_  
 Acontecimientos significativos: \_\_\_\_\_

6. NEONATAL

Primeras impresiones de los padres y hermanos al conocer al becario: \_\_\_\_\_  
 Preferencia de los padres por el sexo del bebé: \_\_\_\_\_  
 Cambios en la dinámica familiar: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades significativas, hospitalizaciones, convulsiones, espasmos, tratamientos especiales: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de enfermedades en edades posteriores: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares de presencia de alguna psicopatología: \_\_\_\_\_  
 Vínculo familiar: \_\_\_\_\_

7. LACTANCIA Y ABLACTACION

¿Le dio lactancia materna al bebé? \_\_\_\_\_  
 Experiencia de dar lactancia materna: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo fue el destete?: \_\_\_\_\_  
 Actitud de la madre ante el destete: \_\_\_\_\_

Actitud del bebe ante el destete: \_\_\_\_\_  
Tiempo que tomó en biberón: \_\_\_\_\_  
Edad de inicio y proceso de ablactación: \_\_\_\_\_  
Horarios de alimentación: \_\_\_\_\_  
Lugar donde come habitualmente: \_\_\_\_\_  
Dinámica durante la comida: \_\_\_\_\_  
¿Qué hace cuando el niño no quiere comer?: \_\_\_\_\_

**8. AREA PSICOMOTRIZ (Edad )**

Sostuvo la cabeza: \_\_\_\_\_ Se sentó sin apoyo: \_\_\_\_\_  
Gateo: \_\_\_\_\_ Caminata sin apoyo: \_\_\_\_\_

**9. SUEÑO**

¿Con quién duerme?: \_\_\_\_\_  
¿Presenta alteraciones durante el sueño?: \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas duerme actualmente?: \_\_\_\_\_  
Describe la rutina de sueño: \_\_\_\_\_

**10. AREA DEL LENGUAJE:**

Edad de inicio del balbuceo: \_\_\_\_\_  
Vocalización de la primera palabra: \_\_\_\_\_  
Edad de consonantes y las frases: \_\_\_\_\_  
Reacción de la familia: \_\_\_\_\_  
Dificultades observadas: \_\_\_\_\_  
Formas de estimular el lenguaje: \_\_\_\_\_

**11. CONTROL DE ESFINTERES**

¿Controla esfínteres durante el día y durante la noche?: \_\_\_\_\_ Edad en la que aprendió: \_\_\_\_\_  
Describe cómo fue el entrenamiento: \_\_\_\_\_  
¿Se ha presentado algún problema?: \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia toca sus genitales?: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la respuesta de los padres?: \_\_\_\_\_

**12. AREA AFECTIVO SOCIAL**

Describe el carácter del becario: \_\_\_\_\_  
Describe las conductas positivas del becario: \_\_\_\_\_  
¿Tiene un juguete especial?: \_\_\_\_\_  
¿Con quién juega?: \_\_\_\_\_  
¿Tiene especial preferencia por estar cerca de alguna persona?: \_\_\_\_\_  
¿Interfiere con sus actividades normales?: \_\_\_\_\_  
¿Cómo responde a la frustración?: \_\_\_\_\_  
¿Cómo interactúa con personas desconocidas?: \_\_\_\_\_  
¿Presenta cambios drásticos en su conducta?: \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionan los padres?: \_\_\_\_\_

**13. MANEJO DE LA DISCIPLINA**

¿Cómo es la disciplina?: \_\_\_\_\_  
¿Quién aplica la disciplina en casa?: \_\_\_\_\_ ¿Hay recompensas y sanciones?: \_\_\_\_\_  
Constancia de la disciplina: \_\_\_\_\_

**14. AREA FAMILIAR**

¿Cómo es la relación entre papá y mamá?: \_\_\_\_\_  
¿Cómo es la relación entre mamá e hijos?: \_\_\_\_\_  
¿Cómo es la relación entre papá e hijos?: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo le dedican a su hijo con calidad?: \_\_\_\_\_  
¿Realizan actividades en familia?: \_\_\_\_\_

Conductas	SI	NO	OBSERVACIONES
Puede succionar			
Puede deglutir			
Se ha puesto morado			
Se chupa el dedo			
Usa chupón			
Se observa su lengua constantemente afuera			
Duerme bien			
Come bien			
Intenta responder a los estímulos del medio (acorde a su edad)			
No tiene tono muscular, presenta flacidez o rigidez en las extremidades			
Demuestra irritabilidad frecuente, aún después de haber satisfecho sus necesidades básicas y de forma más notoria que otros niños de la misma edad			
Se encuentra constantemente aletargado, cuesta trabajo mantenerlo despierto, no muestra interés por lo que sucede a su alrededor			
No muestra interés por los objetos ni trata de tomarlos			
Muestra conductas repetitivas o estereotipadas			
Le gusta que lo abracen o lo carguen			
Presenta mucha frustración cuando se le dificulta hacer algo, deja de hacerlo y se pone a llorar			
Hace contacto visual cuando una persona le habla			
Le cuesta trabajo separarse de su mamá o de quien lo cuida y se pone a llorar cuando lo alejan de ella			
Tiene dificultad para seguir instrucciones sencillas (dame tu zapato) acorde a su edad			
Ha perdido de manera constante e importante habilidades que había adquirido			
No tiene intención comunicativa, ni vernal ni gesticular			
Habla consigo mismo			
Se entiende lo que habla			
Se observa algún problema en el lenguaje receptivo o expresivo			
Se muestra indiferente hacia el entorno, pareciera que no le interesa nada de lo que sucede a su alrededor			
Presenta periodos de llanto continuo			
Es demasiado tranquilo			
Destruye objetos			
Golpea a los demás			
No estructura frases simples			
Pide atención			
Tiene dificultad en relacionarse con las personas (se muestra constantemente tímido o huraño aún con niños de su misma edad)			
Se muerde las uñas			
Tiene dificultades para calcar, recortar, escribir, dibujar, ensartar			
Tiene dificultades para saltar, correr, trepar			

---

---

---

## 17. SUGERENCIAS A PADRES

---

---

---

---

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

---

ÁREA DE PSICOLÓGIA

Aviso: Manifiesto bajo protesta decir verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del AVISO DE CONFIDENCIALIDAD, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida. <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>.

Fecha de actualización: 28 de Agosto de 2014 V.04 Código: DJ-AI-SG-RE-08

4/4