## ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 1 COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS

**ENTREVISTA ÁREA DE PSICOLOGÍA**

ES IMPORTANTE QUE REQUISITE EL PRESENTE FORMATO DE ENTREVISTA EN SU TOTALIDAD, YA QUE LA INFORMACIÓN OBTENIDA NOS PERMITIRÁ BRINDARLE LA ATENCIÓN OPORTUNA A SU HIJA(O). TODOS LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA DISCRECIÓN.

## INSTRUCCIONES

Por favor llene los espacios o marque con una X según corresponda.

## DATOS DE IDENTIFICIACIÓN

Nombre del estudiante: \_ \_ \_ Edad: \_ \_ Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Gdo/Gpo a ingresar: \_ Fecha de nacimiento: \_\_

Sexo: M F Religión: \_ Lugar de nacimiento: \_ \_ \_

Calle y colonia: Número: \_

Ha recursado algún grado: NO SI ¿Cuántas veces? Grado recursado:

¿Ha recibido previamente atención del área de psicología? SI NO Causas: \_ \_

\_ \_ \_

¿Se generó alta del proceso de terapia o se abandonó el proceso? \_ \_

## DATOS DE LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTOR DEL ESTUDIANTE

Nombre del padre: \_ \_ \_

Edad: Ocupación: Núm. Celular: Tel. Casa:

Escolaridad: Religión: \_ Lugar de nacimiento: \_

Nombre de la madre:\_ \_ \_\_ \_ Edad: Ocupación: Núm. Celular: Tel. Casa:

Escolaridad:

Religión:

Lugar de nacimiento: \_

Nombre del tutor: \_ \_

Edad: Ocupación: Núm. Celular: Tel. Casa:

Escolaridad:

Religión:

Lugar de nacimiento:

Estado civil actual de los padres:

Casados \_\_ Unión libre

Divorciados \_\_ Separados

Viudo(a) \_\_

Madre/Padre soltero(a) \_\_\_\_

## MENCIONE TODOS LOS MIEMBROS QUE HABITAN LA CASA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | **Edad:** | **Parentesco:** | **Relación con el estudiante** | | |
| **Buena** | **Regular** | **Mala** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**DATOS CLÍNICOS**

Número nominal de hija (o): \_ \_

¿El nacimiento fue? Parto natural Cesárea \_ \_ Parto inducido

¿El embarazo llegó a término? SI NO Meses de gestación al momento del nacimiento:

¿Tuvo alguna complicación durante la gestación? SI \_ NO ¿Cuáles? \_

\_ \_ \_

Complicaciones al momento del nacimiento: SI \_\_\_ NO \_ ¿Cuáles? \_ \_

\_ \_ \_

Edad de gateo:

Edad del balbuceo:

Edad de la ablactación: \_ \_

Edad en que se sentó: Edad de la caminata

Mencione alguna complicación que se haya presentado durante su desarrollo en la infancia:

\_ \_ \_ \_\_\_ Indique con una X si su hija(o) ha presentado alguno(s) de los siguientes problemas:

DIFICULTAD EN EL LENGUAJE

PROBLEMA NEUROLÓGICO

DIFICULTAD EN LA MOTRICIDAD

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN \_PROBLEMA DE APRENDIZAJE CON HIPERACTIVIDAD

OTRO: ¿Cuál? \_

¿Cuenta con diagnóstico de algún especialista?

\_ \_

¿Qué seguimiento le ha dado?

\_ Medicamentos \_ Atención psicopedagógica

\_ Terapia psicológica Apoyo a tareas

\_ Terapia de lenguaje Psicomotricidad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros problemas detectados | VISUAL | SI NO | TRATAMIENTO: | ¿A que edad se detectó? |
| AUDITIVO | SI NO | TRATAMIENTO: | ¿A que edad se detectó? |

Indique con una X si en la familia se han padecido algunas de las siguientes enfermedades:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Esquizofrenia |  | Depresión |  | Epilepsia |  |
| Trastorno bipolar |  | Otro: | |  | |
| Ansiedad |  |

¿Hace cuánto tiempo lo detectaron?

¿Qué miembro de la familia lo presenta y qué tratamiento le ha dado?

# BREVES DATOS ESCOLARES

Ocurrió su adaptación del preescolar y primaria de manera regular o esperada: SI NO

¿Qué sucedió?

Logró establecer relaciones interpersonales funcionales con compañeros y maestros: SI NO

¿Qué sucedió?

Su actitud frente a la escuela ha sido: DE INTERÉS Y DISPOSICIÓN RENUENCIA \_

¿A que lo atribuye?

¿Ha presentado fracasos escolares como reprobaciones, suspensiones o expulsiones de la escuela?

SI

NO

Motivo:

¿Cuál fue su promedio de aprovechamiento durante su educación primaria? \_

# HÁBITOS

Considera su hija (o) presenta problema en:

Sueño

Comida

Realizar deberes de casa

Realizar deberes escolares

# DISCIPLINA

¿Quién ha sido responsable de la educación del adolescente? \_ \_

¿Quién impone las reglas en casa?

¿Cómo se hace obedecer la madre? \_ \_

¿Cómo se hace obedecer el padre?

¿Cuándo su hija(o) presenta alguna conducta o actitud que usted no aprueba, cómo reacciona usted?:

Le castiga

Le llama la atención de forma verbal

Le ignora

Le golpea

Otra ¿mencione cuál?

Si en la pregunta anterior respondió que le castiga, mencione ¿cómo es la reacción del adolescente cuando esto sucede?

## RELACIONES INTERPERSONALES

Describa la relación entre el adolescente y su madre:

\_ \_ \_ \_

\_ \_ \_

Describa la relación entre el adolescente y su padre: \_ \_ \_

\_ \_ \_

\_ \_ \_ \_

Describa el carácter del adolescente:

\_ \_ \_

\_ \_ \_\_ \_

¿Es sencillo para el adolescente socializar con personas de su edad? Sí \_ No \_

Explique ¿porqué?

\_ \_ \_

\_ \_ \_

## EVENTOS SIGNIFICATIVOS

De los siguientes eventos importantes que se mencionan a continuación, marque con una X los eventos que ha vivenciado. su hija(o):

Muerte del padre \_Separación de los padres por trabajo

Muerte de la madre \_ Cambio de domicilio

Muerte de algún hermano \_Pérdida del empleo padre/madre

Divorcio/separación de los padres \_Cambio de escuela

Otro: \_

¿Hace cuánto tiempo aconteció este evento?

\_ \_\_\_ \_

¿Qué efectos ha tenido en la conducta y en el estado de ánimo del adolescente?

\_ \_ \_

## GRACIAS POR SU COLABORACIÓN