

LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERVIRÁ PARA CONOCER UN POCO MÁS A SU HIJO/A Y PODER LLEVAR A CABO UN PROCESO DE ENSEÑANZA MÁS CERCANO AL NIÑO COMO PERSONA Y NO SÓLO COMO ALUMNO.

EL LLENADO DEBE HACERSE EN CONJUNTO MAMÁ Y PAPÁ, O BIEN QUIENES ESTÉN A CARGO DEL NIÑO.

## INFORMACIÓN GENERAL DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

AÑOS Y MESES CUMPLIDOS AL 1º DE SEPTIEMBRE \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

#### TU HIJO/A...

¿Ha tenido problemas de alimentación? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Su apetito es bueno? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su alimento favorito? \_\_\_\_\_

¿Qué alimento no le gusta? \_\_\_\_\_

¿Muestra alergias o efectos secundarios con algún alimento? \_\_\_\_\_

¿Con cuáles? \_\_\_\_\_

¿Toma algún tipo de vitaminas? \_\_\_\_\_ ¿Fueron prescritos por un médico? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_

### GUSTOS

Juguetes preferidos \_\_\_\_\_

Actividades recreativas preferidas \_\_\_\_\_

Actividades deportivas preferidas \_\_\_\_\_

¿Realiza actividades deportivas o culturales extras? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Le es permitido ver la televisión? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo aproximadamente al día? \_\_\_\_\_

¿Es SIEMPRE supervisado en lo que ve? \_\_\_\_\_

## SUEÑO

- ¿Duerme en su propia habitación? \_\_\_\_\_
- ¿Sólo o acompañado? \_\_\_\_\_ ¿Quién lo acompaña? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas horas duerme aproximadamente? \_\_\_\_\_
- ¿Ve televisión antes de dormir? \_\_\_\_\_
- ¿Ha mostrado problemas para dormir? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Duerme durante el día? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo aproximadamente? \_\_\_\_\_

## SALUD

- ¿Cómo considera la salud de su hijo/a en general? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna enfermedad crónica? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Toma actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo por favor proporcione fecha y descripción \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Se resfría con facilidad? \_\_\_\_\_
- ¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

Marque que enfermedades de las siguientes ha tenido su hijo/a:

- TOSFERINA       PAPERAS       SARAMPIÓN       RUBEOLA
- VARICELA       NEUMONÍA

- ¿Ha sido atendido alguna vez por psicólogo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Describe el motivo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

¿Actualmente es atendido por psicólogo o terapeuta? \_\_\_ \_

¿Podría visitarnos el psicólogo para tener un acercamiento en beneficio del niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los datos del psicólogo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RUTINA

Describe la rutina diaria del hogar, desde que se despierta hasta que se duerme en un día sin escuela.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FAMILIA

Miembros de la familia: (quienes viven en la misma casa, papá, mamá, hermanos, tíos, abuelos, etc.)

PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NOMBRE

¿Quién de estos miembros es considerado la máxima figura de autoridad para la familia? \_\_\_\_\_

¿Conoce el niño/a su dirección? \_\_\_\_\_ ¿su teléfono? \_\_\_\_\_

¿Sabe el nombre de su papá? \_\_\_\_\_ ¿de su mamá? \_\_\_\_\_ ¿de sus hermanos? \_\_\_\_\_

Si existe algún tipo de información sobre la vida en la familia, que considere pudiera ser útil para las maestras de su hijo/a, coméntenos brevemente y se le solicitará una cita para entrevista si fuera necesario. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

ÁREA AFECTIVO -SOCIAL Y DEL COMPORTAMIENTO	Sí o No
Consigue integrarse al juego de otros niños de su edad.	
Aporta ideas para organizar juegos.	
Se aparta de los niños.	
Sigue las reglas del juego.	
Comparte sus juguetes.	
Reacciona con llanto o enojo cuando toman sus pertenencias.	
Es común que golpee a los demás.	
Provoca a los otros niños burlándose de ellos o incluso insultándolos.	
Sabe decir "NO" cuando algo no le gusta.	
Mantiene la mirada cuando se le está hablando.	
En general, se expresa con facilidad ante los adultos.	
Es curioso, pregunta sobre todo lo que le llama la atención.	
Permite que sus padres muestren interés o den atención a otros niños.	
Es capaz de conseguir una conversación con sus iguales.	
Interrumpe constantemente a los adultos en medio de una conversación.	
Coopera en casa para que esté limpia y bonita.	
De visita en otra casa, sabe comportarse y hacer caso a mamá y papá.	
Hay que repetirle una instrucción más de 2 veces para que logre interpretar qué hacer.	
Llora fácilmente.	

**NOMBRE Y FIRMA DE LOS PADRES DE FAMILIA:**

---



---

## FICHA MÉDICA

INFORMACIÓN GENERAL DEL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_

SERVICIO MÉDICO:

MARQUE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE

GASTOS MÉDICOS MAYORES

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

GASTOS MÉDICOS MENORES

PENSIONES CIVILES MUNICIPALES

ICHISAL

SEGURO POPULAR

IMSS

NINGUNO

ISSSTE

OTRO: \_\_\_\_\_

MÉDICO FAMILIAR: \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES CRÓNICAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS PERMANENTES: \_\_\_\_\_

ALERGICO A: \_\_\_\_\_

¿SANGRA FRECUENTEMENTE DE LA NARIZ? \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿TIENDE A PADECER DE FIEBRE O TEMPERATURAS ALTAS QUE SE DISPARAN EN POCO TIEMPO? \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA AVISAR A:

NOMBRE Y PARENTESCO

TELÉFONO

1.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_