

Primaria

Agradecemos su interés y confianza al elegirnos como Institución Educativa. Con el fin de brindarle una mejor atención durante su proceso de admisión, solicitamos la siguiente información respecto a su hijo(a).

Si en algún punto no recuerda la información, le sugerimos dejen el espacio en blanco; esto no influirá en los resultados del proceso.

La información que proporcione es confidencial.

I. Datos Generales

- A. Nombre completo del niño(a): _____
- B. Lugar y fecha de nacimiento: _____
- C. Religión: _____ D. Estado civil de los padres: _____
- E. Número de personas con las que vive el(la) niño(a): _____
- Padre () Madre () Hermanos () Abuelos ()
- Tíos () Primo () Otros () _____
- F. ¿Cuántos hermanos tiene? _____ Lugar que ocupa entre los hermanos _____
- G. Personas con las que mejor se relaciona el(la) niño (a) en el hogar: _____
- _____
- H. Cuando ambos padres trabajan, ¿quién cuida al(la) niño(a)? _____

II. Antecedentes del Desarrollo

A. Características Prenatales y Postnatales

- a) ¿Fue un embarazo planeado?: Si () No ()
- b) Embarazo: Normal () Con complicaciones ()
Especifique: _____
- c) El parto fue: Normal () Con complicaciones ()
Especifique: _____
- d) Periodo de gestación: _____ Peso al Nacer: _____

- e). Lactancia: Succionó bien al nacer: Si () No ()
 Pecho: Si () No () ¿Cuánto tiempo? _____
 Biberón: Si () No () ¿Cuánto tiempo? _____

B. Aspectos Físicos

- a) Estatura: _____ Peso Actual: _____
 b) Presenta alguna malformación no visible: Si () No ()
 ¿Cuál? _____
 ¿Tiene alguna discapacidad?: visual _____ auditiva _____ motriz _____
 Otra: _____
 c) Enfermedades y/o alergias que padece: _____

 d) Cirugías: _____
 e) ¿A que edad logró el control de esfínteres? Diurno _____ Nocturno _____
 ¿Quién tuvo a su cargo la tarea de enseñarlo (a)?

 g) ¿Cuántas horas duerme el (la) niño (a)? _____
 h) Tipo de sueño: Tranquilo () Intranquilo ()

C. Desarrollo Motor

- a) ¿A qué edad sostuvo la cabeza? _____ ¿A qué edad se sentó? _____
 b) ¿Gateó el (la) niño (a)? Si () No ()
 c) ¿A qué edad caminó? _____
 d) Lateralidad: Diestro(a) () Zurdo(a) () No define ()
 e) ¿Domina bien sus movimientos o presenta alguna dificultad?

 f) ¿Puede coordinar los movimientos de acuerdo a su edad? Si () No ()
 g) ¿Le agrada competir con los demás? Si () No ()
 h) ¿Se pone nervioso(a) cuando se le pide que permanezca un rato sentado(a)? Si () No ()

D. Desarrollo del lenguaje

- a) ¿A qué edad habló sus primeras palabras? _____
- b) ¿Presenta algún problema o dificultad en el lenguaje? Si () No ()
 ¿Cuál? _____

III. Características de la conducta

A. Conducta General

1. Indique si el (la) niño (a) ha presentado alguna de estas conductas con frecuencia:	
Berrinches	
Llantos excesivos	
Agresividad	
Orinarse en la cama	
Morderse las uñas	
Succión del pulgar	
Rechazo de alimentos	

	Si	No
2. ¿Llora con facilidad?		
3. ¿Destruye ropa, juguetes y otros objetos?		
4. Le parece que cuando hay un gran número de niños reunidos, su hijo(a) ¿le cuesta hablar ante ellos?		
5. Si van a algún lugar en el que hay niños jugando que él/ella no conoce, ¿le cuesta trabajo entablar conversación con ellos?		
6. ¿Cree que su hijo(a) se siente en general seguro de sí mismo?		
7. ¿Le agrada estar sólo(a)?		
8. ¿Expresa lo que siente o piensa con facilidad?		
9. ¿Le gusta abrazar a sus familiares y amigos?		

10. Cuando algo le molesta, ¿cómo actúa? _____
11. ¿Acaba las cosas que empieza? Si () No ()
12. ¿Se distrae fácilmente, tiene escasa atención? ¿Cuándo? _____
13. ¿Suele molestar frecuentemente a otros niños? ¿En qué ocasiones? _____
14. Cuando juega, ¿le gusta ser siempre el/la líder o acepta jugar lo que otros proponen? _____
15. Preferentemente, ¿dónde juega? _____
16. ¿A qué juega el (la) niño (a)? _____
17. ¿Cuáles son sus juguetes predilectos? _____
18. ¿Suele decir mentiras para salir airoso(a) de algún asunto? _____
19. ¿Resuelve él(ella) solo(a) los conflictos que se presentan con sus compañeros de juegos? _____

20. ¿Cambia sus estados de ánimo? Si () No ()
21. Menciona las actividades preferidas del niño(a):

22. ¿Ve televisión? Si () No () ¿Cuántas horas diarias? _____
23. Menciona los programas que ve: (3) _____
24. Ve la televisión: Solo(a) () Acompañado(a) por un adulto ()
25. Mencione clases especiales que recibe por la tarde (futbol, gimnasia, ballet, etc).

26. Mencione canciones que escucha: _____
27. Tiene algún temor a algo? Si () No () ¿A qué? _____
28. ¿Siente o manifiesta celos de algo? Si () No ()
¿De qué?

29. ¿Si tiene alguna duda interroga a los demás? Si () No ()
30. Sus esfuerzos ¿se frustran fácilmente? Si () No ()
31. ¿Dice insultos cuando se enoja? Si () No ()
32. Cuando desea algo y no se le da, ¿qué hace? _____
33. ¿Acepta separarse de su mamá o papá gustoso cuando asiste al colegio? Si () No ()
34. Si tuviera que definir el carácter de su hijo(a) diría que es:

35. ¿Golpea o tiene explosiones de ira incontrolada? Si () No ()
36. ¿Ordena sus juguetes? Si () No ()
37. ¿Se divierte solo(a)? Si () No ()
38. ¿Desarrollan actividades en familia? Si () No ()
¿Cuáles?

39. ¿Se comunican constantemente con su hijo(a)? Si () No ()
40. ¿Le dedican tiempo específico a su hijo(a)? Si () No ()
41. Cuando lo (la) regaña, ¿cómo es su actitud y cuál es por lo regular la sanción que le dan?

42. ¿Se acopla fácilmente a otro lugar que no esté acostumbrado(a)? Si () No ()

B. Alimentación

1. ¿Qué tipo de alimentos le gusta comer regularmente al niño(a)?

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Entre comidas: _____

2. ¿Cuándo empezó a comer solo(a)? _____
3. ¿Presenta alergia a algún alimento? _____
4. Come o bebe: Escasamente () Normal () Excesivamente ()
5. ¿Hay algún alimento que no le guste? _____
6. Su alimentación en general es: _____

7. ¿Se distrae fácilmente mientras come? Si () No ()
8. ¿Mastica bien sus alimentos? Si () No ()
9. ¿Con quién come? _____

C. Cortesía, Urbanidad e Higiene

1. ¿En qué forma Agradece? _____
2. ¿Cómo pide las cosas? _____
3. ¿Saluda y se despide? _____
4. ¿Sabe esperar su turno? _____
5. ¿Cuándo pide ayuda? _____
6. ¿Cómo la pide? _____
7. ¿Cómo pide disculpas? _____
8. ¿Ayuda a poner y levantar la mesa? _____
9. ¿Usa cubiertos, vaso y servilletas? _____
10. ¿Come con la boca cerrada? _____
11. ¿Mastica correctamente? _____
12. ¿Permanece sentado(a) hasta que todos acaban de comer? _____
13. El (la) niño(a) duerme: Cama independiente () Cama compartida ()
 ¿Con quién? _____
 Cuarto independiente () Cuarto compartido ()
 ¿Con quién? _____
14. ¿Arroja los papeles al cesto? Si () No ()

IV. Historia Escolar

1. Mencione su primera experiencia escolar: (Guardería, Pre-Maternal, Maternal, 1° de Kinder).

2. Cursos escolares repetidos: _____ Razones: _____
3. ¿Cómo fue el desprendimiento madre-hijo(a) al ingreso a la escuela?

4. Mencione las instituciones educativas en las que ha estado su hijo(a)

5. ¿Han sido citados en el Jardín de niños o en algún otro momento escolar, para manejar una situación especial?

6. ¿Han recibido asesoría psicológica y/o pedagógica fuera del colegio? Si () No ()
Especifique: _____
7. Enfermedades o alergias que padece:

8. ¿Su hijo(a) ¿tiene algún tratamiento médico permanente? Si () No ()
Especifique: _____
9. ¿Cuál es el motivo del cambio de Colegio? _____

V. Expectativas

¿Qué expectativas tiene con respecto a su hijo(a)?

Guadalajara, Jal., a _____ de _____ de 20 ____.

Nombre y firma de la mamá

Nombre y firma del papá