

## Educación Inicial/Preescolar

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?:      Sí ( )      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: Sí ( ) No ( )  
 Pecho: Sí ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Biberón: Sí ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**B. Aspectos Físicos**

a) Estatura: \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_

b) Presenta alguna malformación no visible: Sí ( ) No ( )  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad?: visual \_\_\_\_\_ auditiva \_\_\_\_\_ motriz \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

c) Enfermedades y/o alergias que padece:  
 \_\_\_\_\_

d) Su hijo/a tiene algún tratamiento médico permanente Sí ( ) No ( )

Especifique:  
 \_\_\_\_\_

e) Cirugías: \_\_\_\_\_

f) ¿A cuál 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)? Sí ( ) 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? Sí ( ) No ( )

g) ¿Le agrada competir con los demás? Sí ( ) No ( )

h) ¿Se pone nervioso(a) cuando se le pide que permanezca un rato  
 sentado(a)? Sí ( ) No ( )

**D. Desarrollo del lenguaje**

- a) ¿A qué edad habló sus primeras palabras? \_\_\_\_\_
- b) ¿Presenta algún problema o dificultad en el lenguaje?      Sí ( )              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	

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

- 8. Cuando algo le molesta, ¿cómo actúa? \_\_\_\_\_
- 9. ¿Es impulsivo(a), irritable? \_\_\_\_\_
- 10. ¿Es más movido de lo normal? \_\_\_\_\_
- 11. ¿No puede estarse quieto(a)? \_\_\_\_\_
- 12. Cuando juega, ¿le gusta ser siempre el/la líder o acepta jugar lo que otros proponen?  
 \_\_\_\_\_
- 13. Preferentemente, ¿dónde juega? \_\_\_\_\_
- 14. ¿A qué juega el (la) niño (a)? \_\_\_\_\_
- 15. ¿Cuáles son sus juguetes predilectos? \_\_\_\_\_
- 16. ¿Suele decir mentiras para salir airoso(a) de algún asunto, o resuelve él(ella) solo(a) los conflictos que se presentan con sus compañeros de juegos? \_\_\_\_\_
- 17. Menciona las actividades preferidas del niño(a): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

18. ¿Inventa historias extrañas debido a su exceso de imaginación? Sí ( ) No ( )
19. ¿Ve televisión? Sí ( ) No ( ) ¿Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_
20. Menciona los programas que ve: \_\_\_\_\_
- 
21. Ve la televisión: Solo(a) ( ) Acompañado(a) por un adulto ( )
22. ¿Tiene algún temor a algo? Sí ( ) No ( ) ¿A qué? \_\_\_\_\_
23. ¿Siente o manifiesta celos de algo? Sí ( ) No ( )  
¿De qué? \_\_\_\_\_
- 
24. ¿Si tiene alguna duda interroga a los demás? Sí ( ) No ( )
25. ¿Dice insultos cuando se enoja? Sí ( ) No ( )
26. Cuando desea algo y no se le da, ¿qué hace? \_\_\_\_\_
- 
27. ¿Acepta separarse de su mamá o papá gustoso cuando asiste al colegio? Sí ( ) No ( )
28. Si tuviera que definir el carácter de su hijo(a) diría que es: \_\_\_\_\_
- 
29. ¿Golpea o tiene explosiones de ira incontrolada? Sí ( ) No ( )
30. ¿Ordena sus juguetes? Sí ( ) No ( )
31. ¿Es destructor (ropa, juguetes, otros objetos)? Sí ( ) No ( )
32. ¿Acaba las cosas que empieza? Sí ( ) No ( )
33. ¿Se distrae fácilmente, tiene escasa atención? Sí ( ) No ( )
34. ¿Se divierte solo(a)? Sí ( ) No ( )
35. ¿¿Desarrollan actividades en familia? Sí ( ) No ( )  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 
36. ¿Se comunican constantemente con su hijo(a)? Sí ( ) No ( )
37. ¿Le dedican tiempo específico a su hijo(a)? Sí ( ) No ( )
38. Cuando lo(la) regaña, ¿cómo es su actitud y cuál es por lo regular la sanción que le dan? \_\_\_\_\_
- 
39. ¿Es llorón(a)? Sí ( ) No ( )
40. ¿Cambia bruscamente sus estados de ánimo? Sí ( ) No ( )
41. ¿Sus esfuerzos se frustran fácilmente? Sí ( ) No ( )
42. ¿Asistió el (la) niño(a) a maternal u otra escuela con anterioridad? Si ( ) No ( )  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 
43. ¿Suele molestar frecuentemente a otros niños? Sí ( ) No ( )
44. ¿Se acopla fácilmente a otro lugar que no esté acostumbrado(a)? Sí ( ) No ( )

**B. Prácticas de Higiene**

1. Se baña: Solo(a) ( ) Acompañado(a) ( ) ¿Con ayuda de quién? \_\_\_\_\_

	Sí	No
2. ¿Sabe vestirse solo(a)?		
3. ¿Abrocha y desabrocha botones?		
4. ¿Diferencia derecho y revés de la ropa?		
5. ¿Intenta peinarse solo(a)?		

6. ¿Se lava las manos antes y después de comer?		
7. ¿Se lava la cara?		
8. ¿Se lava los dientes?		
9. ¿Se limpia solo(a) cuando va al baño?		
10. ¿Se limpia solo(a) la nariz?		

11. El(la) niño(a) duerme: Cama independiente ( ) Cama compartida ( )  
 ¿Con quién? \_\_\_\_\_  
 Cuarto independiente ( ) Cuarto compartido ( )  
 ¿Con quién? \_\_\_\_\_
12. ¿Arroja los papeles al cesto? Sí ( ) No ( )

**C. Alimentación**

1. ¿Cuándo empezó a comer solo(a)? \_\_\_\_\_
2. ¿Presenta alergia a algún alimento? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay algún alimento que no le guste? \_\_\_\_\_
4. Su alimentación en general es: Escasa ( ) Normal ( ) Excesiva ( )
5. ¿Se distrae fácilmente mientras come? Sí ( ) No ( )

**D. Cortesía y Urbanidad**

	Sí	No
1. Agradece		
2. Pide por favor		
3. Dice “hola” y “adiós”		
4. Espera su turno		
5. Ayuda		
6. Pide ayuda		
7. 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		

**IV. Expectativas**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**V. Motivo del cambio del Plantel**

---


---

---

---

---

---

 NOTA: SUGERIMOS QUE EL DÍA DE LA VALORACIÓN EL NIÑO O LA NIÑA ENTREN CAMINANDO POR SU CUENTA PARA PROPICIARLES MAYOR SEGURIDAD Y CONFIANZA.

Guadalajara, Jal., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la mamá

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del papá