

**I. Ficha de Identificación**

- Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Número de cédula: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Religión: \_\_\_\_\_
- Autoriza la participación del estudiante en eventos religiosos/ católicos que organice la institución  
Sí ( ) No ( )
- Nivel que matricula: \_\_\_\_\_. Institución de procedencia: \_\_\_\_\_

**II. Grupo Familiar**

- Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_
- Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- Tel trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Relación del alumno con su padre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_
- Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- Tel trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Relación del alumno con la madre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Número de hermanos (as): \_\_\_\_\_ Mayores: \_\_\_\_\_ Menores: \_\_\_\_\_
- Relación del estudiante con su(s) hermano(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- El estudiante vive con: \_\_\_\_\_
- El cuidado del alumno durante el día está a cargo de: \_\_\_\_\_
- Cuando su hijo(a) tiene algún problema ¿A quién acude generalmente? \_\_\_\_\_
- Antecedentes familiares (patológicos, psiquiátricos, neurológicos, adicciones) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Responsabilidades de su hijo(a) en casa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de disciplina utilizo con mi hijo(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Información General**

• ¿Cuál(es) pasatiempos tiene su hijo (a)?: \_\_\_\_\_

• Habilidades que posee el estudiante:

Deportivas: \_\_\_\_\_

Artísticas: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

• Describa a su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Cuántas horas al día dedica su hijo a pantallas? (celular, computadora, tableta, juegos electrónicos, etc) \_\_\_\_\_

• ¿Quién los supervisa? \_\_\_\_\_

**SUEÑO**

• Horas de sueño de su hijo (a): \_\_\_\_\_ Hora de acostarse: \_\_\_\_ pm

Hora de levantarse: \_\_\_\_ am

• Describa brevemente los hábitos de sueño de su hijo (a) (indique en este apartado si posee alguna complicación o trastorno del sueño): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Su hijo (a) comparte la habitación? Sí ( ) No ( )      ¿Con quién? \_\_\_\_\_

• ¿Su hijo (a) comparte la cama? Sí ( ) No ( )      ¿Con quién? \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN**

• Brinde un ejemplo del tipo de alimentación que consume su hijo:

Desayuno: \_\_\_\_\_ Merienda 1: \_\_\_\_\_

Almuerzo: \_\_\_\_\_ Merienda 2: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

• ¿Sufre de algún trastorno alimenticio? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

• ¿Hay algún alimento que su hijo no consuma? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN SEXUAL**

• ¿Realiza su hijo (a) preguntas sobre este tema? Sí ( ) No ( )

• Estas preguntas ¿Son contestadas? Sí ( ) No ( ) ¿Por quién? \_\_\_\_\_

• Hablan sobre este tema en casa Sí ( ) No ( )

• Explique brevemente, cómo abarcan este tema en casa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

• ¿Ha sufrido algún tipo de adicción? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

• Padece de alguna enfermedad Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

• Es alérgico (a) a algún medicamento Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

• Tiene expediente médico en algún hospital del país Sí ( ) No ( ) ¿En cuál?: \_\_\_\_\_

• Médico que lo atiende: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

• Su hijo ha recibido algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica Sí ( ) No ( )

• Favor especifique: \_\_\_\_\_

**SOBRE EL PARTO Y DESARROLLO PSICOMOTOR**

- ¿Fue un embarazo planeado? Si ( ) No ( )
- ¿Fue un niño prematuro? Si ( ) No ( )
- ¿Fue parto natural? Si ( ) No ( )
- ¿Existió alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_
- ¿Posee su hijo control total de esfínteres? Si ( ) No ( ) De ser negativa la respuesta, favor especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Necesita ayuda para ir al baño? Si ( ) No ( ) En este caso, ¿Sabe pedir ayuda? Si ( ) No ( )
- ¿Presentó problemas del lenguaje? Si ( ) No ( )

**IV. Historial Educativo**

| Nivel | Año lectivo<br>Observaciones | Escuela | Observaciones<br>(convocatorias-materia/<br>repetición/ dificultades) |
|-------|------------------------------|---------|---|
|       |                              |         |   |
|       |                              |         |   |
|       |                              |         |   |
|       |                              |         |   |
|       |                              |         |   |

- ¿Ha tenido Adecuación Curricular? Sí ( ) No ( )
- ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Desde qué año? \_\_\_\_\_

**V. Observaciones**

---



---



---



---



---