

**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: \_\_\_\_\_
  
- Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_
- Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- Tel trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
  
- Estado civil de los padres: ( ) casados ( ) separados ( ) divorciados ( ) unión libre
  
- 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)?: \_\_\_\_\_

• Actividades extracurriculares que practica su hijo o hija:

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

• Hábitos alimenticios:

En casa el niño o niña se alimenta (marque con x la opción u opciones que considere adecuadas en su caso)

( ) al menos una de las comidas se realiza en familia

( ) al consumir sus alimentos el niño o niña lo realiza en un espacio para este fin (mesa, desayunador)

( ) durante la alimentación se utilizan dispositivos electrónicos (teléfonos, tablet, televisor)

( ) el niño o niña se alimenta por sí solo

( ) el niño o niña se alimenta con cubiertos de forma independiente

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

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

Causas: ( ) Selectividad ( ) Condición Sensorial ( ) Alergias Otros \_\_\_\_\_

#### 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 aborda este tema en casa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Como familia están anuentes a que su hijo reciba el programa de educación sexual integral en la institución: ( ) Sí ( ) No

**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 Observaciones	Escuela	Observaciones (convocatorias-materia/ repetición/ dificultades)

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

**V. Observaciones**

---



---



---



---



---