



■ PREESCOLAR - BÁSICA ELEMENTAL (2° • 3° • 4°) Y MEDIA ELEMENTAL (5° • 6° • 7°)

ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA:

LA INFORMACIÓN QUE SE LES SOLICITA A CONTINUACIÓN ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL, PERMITIRÁ CONOCER ASPECTOS RELEVANTES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE SU HIJO/A; POR LO TANTO, LES SOLICITAMOS QUE LA LLENEN CON TOTAL SINCERIDAD.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS DEL POSTULANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: D M A

EDAD: _____ SECCIÓN: _____ NOMBRE CON EL QUE LE LLAMAN EN CASA: _____

DATOS DE HERMANOS:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	GRADO/CURSO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA QUE ASISTE

LUGAR QUE OCUPA EL POSTULANTE: _____ VIVE CON: _____

¿CON QUIÉN PASA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?: _____

OBSERVACIONES DEL ENTORNO FAMILIAR (PADRES SEPARADOS, DIVORCIADOS, FALLECIDOS, OTROS COMPROMISOS)

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ PROFESIÓN: _____

NACIONALIDAD: _____ TELÉFONOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ PROFESIÓN: _____

NACIONALIDAD: _____ TELÉFONOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS MÉDICOS

TIPO DE PARTO: _____ NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN: SI FUE CESÁREA, INDIQUE LAS

CAUSAS: _____

_____ PESO: _____ ESTATURA: _____

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO: SI NO ESPECIFIQUE: _____

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO: SI NO ESPECIFIQUE: _____

REQUIRIÓ DE CUIDADOS EXTRAS (TERMO-CUNA, TRANSFUSIONES, ETC.): SI NO ESPECIFIQUE: _____

ESPECIFIQUE LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO SU HIJO/A: _____

PROBLEMAS DE LA VISIÓN: SI NO ESPECIFIQUE: _____

PROBLEMAS DE AUDICIÓN: SI NO ESPECIFIQUE: _____

INGRESOS HOSPITALARIOS: SI NO ESPECIFIQUE: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS O PRODUCTOS: SI NO ESPECIFIQUE: _____

ACCIDENTES: SI NO ESPECIFIQUE: _____

OPERACIONES QUIRÚRGICAS: SI NO ESPECIFIQUE: _____

EN CASO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, INDICAR PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO ACTUAL: _____

ESPECIFIQUE ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (MENCIONAR ENFERMEDADES FAMILIARES HEREDITARIAS): _____

¿HA REQUERIDO DE CONTROL NEUROLÓGICO?: SI NO ESPECIFIQUE LAS CAUSAS: _____

DATOS DEL DESARROLLO MOTRIZ Y LENGUAJE

¿SU HIJO/A GATEÓ? SI NO EDAD DE INICIO: _____ EDAD EN QUE CAMINÓ: _____

TIPO DE LACTANCIA: MATERNA ARTIFICIAL MIXTA EDAD EN QUE TERMINÓ LA LACTANCIA: _____

MANO CON LA QUE REALIZA LA MAYORÍA DE ACTIVIDADES: IZQUIERDA DERECHA

CONTROL DE ESFÍNTERES: DIURNO SI NO NOCTURNO SI NO

EDAD EN LA QUE SE LOGRÓ EL CONTROL TOTAL: _____

ANOTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL DE ESTE PROCESO: _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA: _____

OTROS IDIOMAS QUE SU HIJO/A COMPRENDE/HABLA: _____

EDAD EN QUE BALBUCEÓ: _____ EDAD EN QUE PRONUNCIÓ PALABRAS SUELTAS: _____

¿CUÁNDO COMENZÓ A HABLAR?: _____ ¿HA RECIBIDO TERAPIA DE LENGUAJE? SI NO

ESPECIFIQUE EL TIEMPO Y LA RAZÓN: _____

HÁBITOS DE SUEÑO

¿CON QUIÉN DUERME SU HIJO/A?: _____ EDAD EN QUE INICIÓ A DORMIR SOLO/A: _____

DIFICULTADES EN ESTA ÁREA: _____

DATOS DEL DESARROLLO SOCIO – AFECTIVO**HÁBITOS**

PARA CONTESTAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS, TOMA EN CUENTA LA SIGUIENTE CATEGORIZACIÓN:

S=SIEMPRE AV=ALGUNAS VECES RV=RARA VEZ N=NUNCA

	S	AV	RV	N
JUEGA CON HERMANOS U OTROS AMIGOS				
JUEGA SOLO				
SE RELACIONA FÁCILMENTE CON OTROS NIÑOS				
SE RELACIONA FÁCILMENTE CON OTROS ADULTOS				
ES AFECTUOSO				
ES INDEPENDIENTE				
SIGUE INSTRUCCIONES				
ACOSTUMBRA A GUARDAR SUS OBJETOS PERSONALES (JUGUETES, ROPA)				

INDIQUE LOS JUEGOS Y JUGUETES FAVORITOS DE SU HIJO/A: _____

¿TIENE DIFICULTAD PARA RELACIONARSE O JUGAR CON OTROS NIÑOS? NO SI EN CASO AFIRMATIVO, DESCRÍBALA:

ACTIVIDADES QUE LE AGRADAN

ACTIVIDAD	SI	NO	A VECES
DIBUJAR			
CANTAR			
ESCUCHAR MÚSICA			
MIRAR TV			
IR AL CINE			
ESCUCHAR CUENTOS			
REALIZAR DEPORTES			
VIDEOJUEGOS			
OTROS			

INDIQUE LOS INTERESES ESPECIALES DE SU HIJO/A EN LO ACADÉMICO, ARTÍSTICO O DEPORTIVO: _____

INDIQUE LOS PROGRAMAS Y PERSONAJES FAVORITOS DE SU HIJO/A: _____

DESCRIBA LA PERSONALIDAD DE SU HIJO/A: _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

INSTITUCIÓN ANTERIOR: _____

¿HA REPETIDO ALGÚN NIVEL ESCOLAR? SI NO DE SER EL CASO, EXPLIQUE LAS RAZONES: _____

¿HA REQUERIDO APOYO PSICOLÓGICO O PSICOPEDAGÓGICO? SI NO ESPECIFIQUE LAS CAUSAS, TIEMPO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO: _____

¿POSEE INFORMES DE EVALUACIONES PSICOLÓGICAS Y/O PSICOPEDAGÓGICAS? SI NO

INDIQUE LAS FECHAS DE EVALUACIÓN: _____

¿HA TENIDO PROFESOR O ASISTENCIA PARTICULAR EN ALGUNA ÁREA O ASIGNATURA? SI NO

EXPLIQUE: _____

INDIQUE LAS CAUSAS POR LAS QUE DESEA INGRESAR A LA INSTITUCIÓN: _____

¿DE DÓNDE OBTUVO INFORMACIÓN RESPECTO A LA INSTITUCIÓN?: _____

SI ES CAMBIO DE COLEGIO, INDIQUE LAS RAZONES: _____

¿CUÁLES SON SUS EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCIÓN?: _____

ANOTE OBSERVACIONES ADICIONALES QUE CONSIDERE IMPORTANTES QUE DEBAMOS CONOCER ACERCA DE SU HIJO/A:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENÓ LA INFORMACIÓN:

PARENTESCO:

FECHA:

D

M

A

FIRMA: