

LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERVIRÁ PARA CONOCER UN POCO MÁS A SU HIJO/A Y PODER LLEVAR A CABO UN PROCESO DE ENSEÑANZA MÁS CERCANO AL NIÑO COMO PERSONA Y NO SÓLO COMO ALUMNO.
EL LLENADO DEBE HACERSE EN CONJUNTO MAMÁ Y PAPÁ, O BIEN, QUIENES ESTÉN A CARGO DEL NIÑO.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO _____

GRADO _____ FECHA _____

NOMBRE DE QUIEN LLENA EL PRESENTE _____

ALIMENTACIÓN

TU HIJO/A...

¿Ha tenido problemas de alimentación? _____

¿Cuáles? _____

¿Su apetito es bueno? _____ ¿Cuál es su alimento favorito? _____

¿Qué alimento no le gusta? _____

¿Muestra alergias o efectos secundarios con algún alimento? _____

¿Con cuáles? _____

¿Toma algún tipo de vitaminas? _____ ¿Fueron prescritos por un médico? _____

¿Cuál es la causa? _____

¿Come solo sin necesidad de ayuda? _____

¿Utiliza cuchara y tenedor? _____

¿Se sirve líquidos y los transporta? _____

¿Permanece sentado durante la comida? _____

¿Utiliza la servilleta? _____

GUSTOS

Juguetes preferidos _____

Actividades recreativas preferidas _____

Actividades deportivas preferidas _____

¿Realiza actividades deportivas o culturales extras? _____

¿Cuáles? _____

¿Le es permitido ver la televisión? _____

¿Cuánto tiempo aproximadamente al día? _____

¿Es SIEMPRE supervisado en lo que ve? _____

SUEÑO

¿Duerme en su propia habitación? _____

¿Sólo o acompañado? _____ ¿Con quién? _____

¿Cuántas horas duerme aproximadamente? _____

¿Ve televisión antes de dormir? _____

¿Ha mostrado problemas para dormir? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Duerme durante el día? _____ ¿Cuánto tiempo aproximadamente? _____

SALUD

¿Cómo considera la salud de su hijo/a en general? _____

¿Tiene alguna enfermedad crónica? _____

¿Cuál? _____

¿Toma actualmente algún medicamento? _____

¿Cuál? _____

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? _____

En caso afirmativo por favor proporcione fecha y descripción _____

¿Se resfría con facilidad? _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

Marque que enfermedades de las siguientes ha tenido su hijo/a:

TOSFERINA

PAPERAS

SARAMPIÓN

RUBEOLA

VARICELA

NEUMONÍA

FAMILIA

Miembros de la familia: (quienes viven en la misma casa, papá, mamá, hermanos, tíos, abuelos, etc.)

PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NOMBRE

¿Quién de estos miembros es considerado la máxima figura de autoridad para la familia? _____

¿Conoce el niño/a su dirección? _____ ¿su teléfono? _____

¿Sabe el nombre de su papá? _____ ¿de su mamá? _____ ¿de sus hermanos? _____

Si existe algún tipo de información sobre la vida en la familia, que considere pudiera ser útil para las maestras de su hijo/a, coméntenos brevemente y se le solicitará una cita para entrevista si fuera necesario. _____

ÁREA AFECTIVO -SOCIAL Y DEL COMPORTAMIENTO

Marque sí o no, según corresponda.

INTERACCIÓN EN EL JUEGO	SI	NO
Consigue integrarse al juego de otros niños de su edad.		
Se aparta de los niños.		
Aporta ideas para organizar juegos		
Sigue las reglas del juego.		
Comparte sus juguetes		
Con frecuencia rompe sus cosas o de los demás		
Reacciona con llanto o enojo cuando toman sus pertenencias.		
Es común que golpee a los demás.		
Provoca a los otros niños burlándose de ellos o incluso insultándolos.		
EXPRESIÓN DE EMOCIONES	SI	NO
En general, se expresa con facilidad ante los adultos.		
Mantiene la mirada cuando se le está hablando		
Expresa verbalmente lo que le preocupa		
Sabe decir "NO" cuando algo no le gusta.		
Se expresa de manera normal con niños de su edad		
Es curioso, pregunta sobre todo lo que le llama la atención.		
No permite que sus padres muestren interés o den atención a otros niños.		
Interrumpe constantemente a los adultos en medio de una conversación.		
De visita en otra casa, sabe comportarse y hacer caso a mamá y papá.		
Hay que repetirle una instrucción más de 2 veces para que logre interpretar qué hacer.		
Llora fácilmente.		
Expresa su enojo golpeando a los demás		
CONVERSACIÓN	SI	NO
Es capaz de seguir una conversación entre adultos		
Puede iniciar una conversación con desconocidos		
Conversa con los niños de su edad.		
Respetar los distintos turnos en la plática		
Aporta opiniones propias		
Puede contar espontáneamente las cosas que ha hecho o ha visto.		
Contesta el teléfono		
Utiliza un tono de voz adecuado, sin timidez.		
ASEO PERSONAL	SI	NO
Se lava las manos solito		
Abre y cierra la llave		

Se enjabona		
Se enjuaga		
Se seca		
Se baña necesitando solo supervisión		
Se peina con poca ayuda		
Se lava los dientes sin ayuda		
Usa pañuelo desechable cuando lo necesita para limpiar su nariz		
Va al baño utilizando papel higiénico y tira de la palanca		
Controla esfínteres		
DESPLAZAMIENTO	SI	NO
Sabe llegar a su casa desde lugares cercanos		
Conoce los señalamientos peatonales (semáforo, paso peatonal)		
Va solo a casa de amigos o parientes que viven muy cerca de casa		
Menciona su teléfono		
Menciona su dirección cuando se le pregunta		
Sabe el teléfono para emergencias (066)		
VESTIDO	SI	NO
Se viste solo sin ayuda		
Se abrocha y desabrocha todo tipo de botones		
Se desviste solo		
Se pone y se quita calcetines y zapatos con ayuda solo para atar cintas		
Lleva su ropa usada al cesto de la ropa sucia		

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PADRES DE FAMILIA:

FICHA MÉDICA

INFORMACIÓN GENERAL DEL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

TIPO DE SANGRE: _____ PESO: _____ ESTATURA _____

SERVICIO MÉDICO:

MARQUE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE

GASTOS MÉDICOS MAYORES

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

GASTOS MÉDICOS MENORES

PENSIONES CIVILES MUNICIPALES

ICHISAL

SEGURO POPULAR

IMSS

NINGUNO

ISSSTE

OTRO: _____

MÉDICO FAMILIAR: _____ TEL _____

ENFERMEDADES CRÓNICAS: _____

MEDICAMENTOS PERMANENTES: _____

ALERGICO A: _____

¿SANGRA FRECUENTEMENTE DE LA NARIZ? _____

MOTIVO: _____

¿TIENDE A PADECER DE FIEBRE O TEMPERATURAS ALTAS QUE SE DISPARAN EN POCO

TIEMPO? _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA AVISAR A:

NOMBRE Y PARENTESCO

TELÉFONO

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____
