

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 DE PRIMARIA

**NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO/A** \_\_\_\_\_

**GRADO** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE QUIEN HA LLENADO 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? \_\_\_\_\_

## HELEN KELLER

¿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



# INSTITUTO EDUCATIVO HELEN KELLER

PARTICULAR INCORPORADA A LA SEP CLAVE 08PJN0367I PPR1868Z01

## HELEN KELLER

¿Ha sido atendido alguna vez por psicólogo, neurólogo o algún especialista? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Toma algún medicamento relacionado con ello? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Describe el motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Actualmente es atendido por psicólogo o terapeuta? \_\_\_\_\_

¿Podría visitarnos el psicólogo para tener un acercamiento en beneficio del niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los datos del psicólogo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RUTINA

Describe la rutina diaria del niño en el hogar, desde que se despierta hasta que se duerme en un día sin escuela.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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		
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.		
En general, se expresa con facilidad ante los adultos.		
Mantiene la mirada cuando se le está hablando.		
Sabe decir "NO" cuando algo no le gusta.		
Es curioso, pregunta sobre todo lo que le llama la atención.		
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.		
Es capaz de seguir una conversación entre iguales.		
Coopera e casa para que esté limpia y bonita.		
De visita en otra casa, sabe comportarte y hacer caso a mamá y papá.		
Llora fácilmente		

**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.

<b>GASTOS MÉDICOS MAYORES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PENSIONES CIVILES DEL ESTADO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>GASTOS MÉDICOS MENORES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PENCIONES CIVILES MUNICIPALES</b>	<input type="checkbox"/>
<b>ICHISAL</b>	<input type="checkbox"/>	<b>SEGURO POPULAR</b>	<input type="checkbox"/>
<b>IMSS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NINGUNO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>ISSSTE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>OTRO</b> _____	

**MÉDICO FAMILIAR** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES CRÓNICAS** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS PERMANENETES** \_\_\_\_\_

**ALÉRGICO 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**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____