

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 PREESCOLAR

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		
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.		



HELEN KELLER

INSTITUTO EDUCATIVO HELEN KELLER

PARTICULAR INCORPORADA A LA SEP CLAVE 08PJN03671 PPR1868Z01

ASEO PERSONAL	SI	NO
Se lava las manos solo.		
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 (911).		
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	<input type="checkbox"/>	PENSIONES CIVILES DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>
GASTOS MÉDICOS MENORES	<input type="checkbox"/>	PENCIONES CIVILES MUNICIPALES	<input type="checkbox"/>
ICHISAL	<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/>
IMSS	<input type="checkbox"/>	NINGUNO	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	OTRO _____	

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____