



FICHA DE REGISTRO DEL ALUMNO NIVEL PREESCOLAR



PROPÓSITO: Obtener datos útiles de los alumnos para facilitar la integración y desenvolvimiento en el medio escolar.

INSTRUCCIONES: Conteste correctamente cada uno de los campos vacíos, y rellene el espacio que indique su respuesta cuando sea necesario.

DATOS PERSONALES:

Nombre Alumno: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

En casa como lo llaman: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/año): _____ Edad _____ Sexo: M F

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad _____ Grado al que aspira ingresar: _____

DATOS FAMILIARES:

El niño(a) vive con:

ambos padres mamá papá otros: _____

Estado civil de los padres:

casados separados divorciados unión libre viuda(o) madre/padre soltera(o)

Es hijo(a) único Sí No (Si es hijo(a) único(a) no conteste el cuadro)

Nombre del hermano (a)	Nivel en que estudia		
.....	Preescolar o Primaria	Secundaria	Preparatoria/Universitario No estudia
.....	Preescolar o Primaria	Secundaria	Preparatoria/Universitario No estudia
.....	Preescolar o Primaria	Secundaria	Preparatoria/Universitario No estudia
.....	Preescolar o Primaria	Secundaria	Preparatoria/Universitario No estudia
.....	Preescolar o Primaria	Secundaria	Preparatoria/Universitario No estudia

Estudios cursados por el papá: Primaria Secundaria Media superior Superiores Posgrado Otros

Estudios cursados por la mamá: Primaria Secundaria Media superior Superiores Posgrado Otros

Relación del niño(a) con el papá: _____

Relación del niño(a) con la mamá: _____

Relación del niño(a) con los hermanos: _____

¿Quienes viven en la casa? _____

Tipo de relación mantenida con abuelos y tíos: _____

Si ambos papás trabajan quien se encarga del cuidado del niño(a): _____

Si sólo uno de los dos padres trabaja quien se encarga del cuidado del niño (a): _____

En la familia hay algún caso de: Alcoholismo Drogadicción Violencia Abuso

AVISO IMPORTANTE

SE HACE DEL CONOCIMIENTO DEL TITULAR QUE SUS DATOS PERSONALES RECABADOS EN EL PRESENTE FORMATO SERAN TRATADOS DE MANERA CONFIDENCIAL POR EL INSTITUTO TABASCO, ATENDIENDO LA RECOMENDACION DEL IFAI REFERENTE AL PROCEDIMIENTO DE PROTECCION DE DERECHOS PREVISTOS EN EL CAP. VII DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES.



VIVIENDA:

Tipo de vivienda: Casa Departamento Compartida Otros

¿Tiene patio? Sí No

¿Tiene espacio para jugar y/o moverse adentro de la casa? Sí No

¿Pasa algún tiempo solo? Sí No ¿Cuándo? _____

DATOS ESCOLARES:

¿Es la primera vez que el niño(a) asiste al jardín? Sí No

¿Cómo fue su comportamiento? _____

¿Asistió a maternal? Sí No

¿Cómo fue su comportamiento? _____

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A):

PRENATAL

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo?

Especifique

- Caídas _____
 - Infecciones _____
 - Preeclamsia _____
 - Problemas emocionales _____
 - Amenaza de aborto _____
 - Intoxicaciones _____
 - Radiaciones _____
 - Drogas _____
 - Incompatibilidad Sanguínea _____
 - Otros _____
- ¿Cómo fue el embarazo? _____

POSNATAL

¿Cómo fue el parto? _____

¿Existió algún problema en el parto?

- Prematuro
 - Fórceps
 - Cesárea
 - Falta de oxígeno
- Otro Especifique: _____
- Tipo de sangre: _____

INFANCIA

ALIMENTACIÓN:

¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come?

¿Come sólo? _____ ¿Come las tres comidas del día? Desayuno Comida Cena

Usa biberón Sí No ¿En qué momento? _____

Usa chupón Sí No ¿En qué momento? _____

CONTROL DE ESFÍNTERES:

¿En qué edad controló? _____

¿Actualmente va al baño solo(a)? Sí No Con ayuda

¿Por las noches usa pañal? Sí No

SUEÑO:

¿Comparte la habitación? Sí No ¿Duerme en cuna? Sí No

¿Con quién? _____

HÁBITOS:

Se lava Se peina Se viste solo(a) Se baña Es ordenado(a) Es cuidadoso(a)

LENGUAJE:

¿Cómo es su pronunciación? _____

¿Cómo es su vocabulario? _____

¿Puede expresar lo que vivencia? _____

¿Conversan los integrantes de la familia con él? Sí No ¿sobre qué temas? _____

¿Cuándo se equivoca al hablar es corregido? Sí No ¿Cómo? _____

¿Cómo ven los padres al niño?: _____

¿El niño(a) comunica lo que siente? : _____

ÁREA CONDUCTUAL Y SOCIAL

¿Hace berrinches? Sí No ¿Con que frecuencia? _____

¿Rompe juguetes? Sí No ¿Con que frecuencia? _____

¿Se le complica respetar las reglas? _____

¿Se relaciona fácilmente con los demás? _____

¿Pega sin causa? Sí No ¿busca la soledad? _____

¿Busca la compañía de otros niños más grandes? _____



¿Qué sucede cuando la niña o niño hace alguna acción inadecuada? _____

¿Qué cosas le disgustan a usted que haga? _____

¿A quién obedece? _____

¿Cuáles son sus distracciones favoritas? _____

¿Le gusta que le lean?: Sí No ¿qué tipo de lectura? _____

HÁBITOS

¿El niño tiene asignado un horario para realizar sus responsabilidades? Sí No

¿Quién verifica que el niño cumpla sus responsabilidades? _____

JUEGO

¿Practica el niño (a) alguna actividad cultural y/o deportiva? Sí No ¿cuál? _____

¿En qué horario? _____

¿A qué juega? _____

¿Con quién juega? _____

¿Juega en casa? Sí No

¿Comparte con dificultad sus juguetes? _____

DATOS CLÍNICOS DEL NIÑO (A):

Alergias: _____

Observaciones: _____

El niño (a) tiene dificultad para dormir: Sí No _____

El niño (a) es alérgico a algún medicamento: Sí No ¿Cuál? _____

El niño (a) es alérgico a algún alimento: Sí No ¿Cuál? _____

Rellene el espacio si el niño (a) ha presentado o presenta alguno de los siguientes problemas:

Problemas visuales Especifica: _____

Problemas auditivos Especifica: _____

Problemas motrices Especifica: _____

Problemas cardíacos Especifica: _____

¿El niño (a) presenta alguna dificultad para el aprendizaje? Sí No

¿Cuál? _____

El niño (a) cuenta con algún diagnóstico respecto a:

Trastorno de aprendizaje (dislexia, disgrafía, etc.) Sí No

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad Sí No

Problemas de comunicación (lenguaje) Sí No

Otros. Indique cual: _____



FICHA DE REGISTRO DEL ALUMNO NIVEL PREESCOLAR



¿Ha necesitado el niño (a) atención especializada de psicología, asesoría académica o cualquier otro tipo?

Sí No ¿cuál? _____

¿Cuándo se le detectó esta necesidad? _____

¿A partir de qué fecha se le proporciona atención especializada y/o tratamiento? _____

¿Continúa con la atención? Sí No ¿en qué institución? _____

¿En qué horario? _____

¿Ha recibido recomendaciones del especialista para seguimiento en casa e institución educativa? _____

¿Se da seguimiento en casa a las recomendaciones del especialista? _____

NOTA: ES MUY IMPORTANTE ENTREGAR AL INSTITUTO COPIA POR DUPLICADO, TANTO DEL DIAGNÓSTICO COMO DE LAS SUGERENCIAS DEL ESPECIALISTA.

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

