



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 siguiente 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

Ocupación: _____

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

Ocupación: _____

Relación del niño(a) con el papá: _____

¿En qué horarios o días convive con el/ella? _____

Relación del niño(a) con la mamá: _____

¿En qué horarios o días convive con el/ella? _____

Relación del niño(a) con los hermanos: _____

¿Quiénes viven en la casa? _____

¿Con que frecuencia se relaciona con abuelos, tíos?: _____

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.



Si ambos padres trabajan quién se encarga del cuidado del niño(a): _____

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

VIVIENDA:

Tipo de vivienda: Casa Departamento Compartida Otros

¿Tiene patio? Sí No

¿Tiene espacio para jugar y/o movilizarse 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 preescolar? Sí No

¿Cómo fue su comportamiento? _____

¿Asistió a maternal? Sí No

¿Cómo fue su comportamiento? _____

¿Le hicieron alguna sugerencia sobre su desarrollo, académica o de conducta? ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A):

PRENATAL

¿La madre del niño tuvo 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 y/o acciones 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

Si no controla esfínter aún, mencione las acciones que esta implementando para ello: _____

SUEÑO:

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

¿Con quién duerme? _____

¿Toma siestas?, ¿En qué horarios?: _____

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 considera a su hijo en cuanto la expresión oral? _____

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

ÁREA CONDUCTUAL Y SOCIAL

¿Hace berrinches? Sí No ¿Con que frecuencia y porque motivo? _____

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

¿Se le complica respetar las reglas? ¿Cuáles? _____

¿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 disgusta a usted que haga el niño (a)? _____

¿A quién obedece? _____

¿Cuáles son sus distracciones favoritas? _____

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

HÁBITOS

El niño o niña:

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

¿Cuáles son las actividades/responsabilidades que asigna al niño de acuerdo a su edad?: _____

¿Tiene un horario para realizarlas?, ¿Cuál? _____

¿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 sus juguetes? Sí Con dificultad No accede

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 Específica: _____

Problemas auditivos Específica: _____

Problemas motrices Específica: _____

Problemas cardíacos Específica: _____

¿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: _____

¿Ha necesitado el niño (a) atención especializada de psicología, asesoría académica, pediátrica, neurológica o cualquier otro tipo? ¿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 y/o para la escuela? _____

¿Cuáles? _____

NOTA: EN CASO DE QUE ALUMNO TENGA ALGÚN DIAGNÓSTICO, ES MUY IMPORTANTE ENTREGAR UNA COPIA EL DÍA DE LA ENTREVISTA, TANTO DEL DIAGNÓSTICO COMO DE LAS SUGERENCIAS DEL ESPECIALISTA.

FECHA DE REALIZACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR