



**FICHA DE REGISTRO DEL ALUMNO  
NIVEL PRIMARIA**

**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 GENERALES:**

Nombre alumno: (apellido paterno, materno y nombre) \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Dirección:**

Calle: \_\_\_\_\_

No. ext.: \_\_\_\_\_ No. int.: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ C.U.R.P.: \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/año): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Nombre y nivel de hermanos en este plantel: \_\_\_\_\_

Sacramentos de iniciación cristiana:  Bautizo  Confirmación  Comunión

**DATOS FAMILIARES:**

Tutor:  Padre  Madre  Otro

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.U.R.P.: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. oficina: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.U.R.P.: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. oficina: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_

(Solo en caso de no ser el padre o la madre) Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.U.R.P.: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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.

**AVISO IMPORTANTE**



Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. oficina: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_

El niño (a) vive con:

ambos padres     mamá     papá     otros: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres del niño (a):

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

**ESTUDIO SOCIOECONOMICO:**

Papá trabaja:

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Mamá trabaja:

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Existen ingresos económicos extras? ¿Qué actividad realiza y a cuánto asciende?

Último grado de estudio del padre: \_\_\_\_\_

Último grado de estudio de la madre: \_\_\_\_\_

Describe la casa que habitan (cuartos, baños, cocina, cochera, etc.)

¿Con cuáles de los servicios cuenta la casa?

Agua potable     Drenaje     Energía eléctrica     Gas     T.V. por cable     Internet     Línea telefónica     Persona de servicio

¿Cuenta con vehículo propio? Si     No

**DATOS CLÍNICOS DEL NIÑO (A):**

**Antecedentes personales del niño (a)**

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

El niño(a) tiene dificultad para dormir:                  si     no

El niño(a) es alérgico a algún medicamento:                  si                   no

¿Cuál? \_\_\_\_\_

El niño(a) es alérgico a algún alimento:                  si     no     ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Otras alergias: si \_\_\_ no \_\_\_ ¿cuáles? \_\_\_\_\_

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

- Visuales: \_\_\_\_\_
- Auditivos: \_\_\_\_\_
- Motrices: \_\_\_\_\_
- Cardíacos: \_\_\_\_\_
- Asma : \_\_\_\_\_
- Migraña: \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo las enfermedades que ha presentado el niño (a)

Sarampión                  Paperas                  Varicela                  Tifoidea                  Hepatitis

Otros: \_\_\_\_\_



**Antecedentes familiares**

Encierra en un círculo todos los antecedentes clínicos que hay en la familia del niño (a)

- Cáncer
  - Cardiopatías
  - Diabetes
  - Epilepsia
- Tumores
  - Hipertensión
  - Otros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes del desarrollo**

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo? Especifique

- Caídas \_\_\_\_\_
- Infecciones \_\_\_\_\_
- Preeclamsia \_\_\_\_\_
- Problemas emocionales \_\_\_\_\_
- Amenaza de aborto \_\_\_\_\_
- Intoxicaciones \_\_\_\_\_
- Radiaciones \_\_\_\_\_
- Drogas \_\_\_\_\_
- Incompatibilidad sanguínea \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

¿Existió algún problema en el parto?

- Prematuro \_\_\_\_\_
  - Fórceps \_\_\_\_\_
  - Cesárea \_\_\_\_\_
  - Falta de oxígeno \_\_\_\_\_
- Otro: Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el peso del niño al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue su puntuación de apgar? \_\_\_\_\_

Edad aproximada (indicar años- meses) en la que empezó a:

- Gatear \_\_\_\_\_
- Caminar \_\_\_\_\_
- Emitir sus primeras palabras \_\_\_\_\_
- Controlar esfínteres \_\_\_\_\_

**TELÉFONOS DE EMERGENCIA**

Tel. papá \_\_\_\_\_ Tel. mamá \_\_\_\_\_

Clínica Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono otros \_\_\_\_\_

**ASPECTOS SOCIOAFECTIVOS:**

¿Cómo es la relación del niño (a) con sus padres? \_\_\_\_\_

¿Con cuál de los papás el niño (a) se identifica más y por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación del niño (a) con sus amigos y compañeros de escuela? \_\_\_\_\_

¿Al niño (a) le gusta estar solo o acompañado? \_\_\_\_\_

¿El niño (a) tiene facilidad para hacer amigos? \_\_\_\_\_

Cómo considera al niño (a):

- Alegre



- Emprendedor
- Tímido
- Rebelde
- Inteligente

Otro: \_\_\_\_\_

**DATOS SOBRE LOS INTERESES DEL NIÑO (A).**

¿Cuáles son sus distracciones favoritas? \_\_\_\_\_

¿Le gusta que le lean?:

- Sí  No ¿qué tipo de lectura? \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES CULTURALES Y DEPORTIVAS DEL NIÑO (A)**

¿Practica el niño (a) alguna actividad cultural y/o deportiva?  si  no ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué días y en qué horario? \_\_\_\_\_

**PROBLEMÁTICA DE LA COMUNIDAD:**

¿En el lugar donde viven se observan los siguientes problemas?

- Delincuencia
- Pandillerismo
- Prostitución
- Drogadicción
- Alcoholismo

**DATOS SOBRE LOS ESTUDIOS DEL NIÑO (A)**

¿El niño tiene asignado un horario para realizar sus responsabilidades? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Quién verifica que el niño cumpla sus responsabilidades? \_\_\_\_\_

¿Ha repetido el niño (a) algún grado escolar?  si  no

GRADO	RAZÓN PRINCIPAL
_____	_____
_____	_____

¿El niño (a) presenta alguna dificultad para el aprendizaje?  si  no

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**EL NIÑO (A) CUENTA CON ALGÚN DIAGNÓSTICO RESPECTO A:**

Trastorno de aprendizaje (dislexia, disgrafía, etc.)  si  no

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad  si  no

Problemas de comunicación (lenguaje)  si  no

Otros. Indique cual: \_\_\_\_\_

¿Ha necesitado el niño (a) atención especializada de psicología, asesoría académica o de 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?  si  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.**

¿Qué problemas han dificultado el aprendizaje del niño (a)? Seleccione más de uno si es necesario

- No cumplir con tareas y trabajos
- Dificultad para participar
- Dificultad para tomar apuntes
- No estudiar suficiente para los exámenes
- No atender explicaciones en la clase
- Falta de supervisión de tareas
- Falta frecuentemente a clases
- No se siente motivado
- Ninguno

Otros: \_\_\_\_\_

**EL NIÑO CURSÓ LOS SIGUIENTES GRADOS DE PREESCOLAR:**

- 1 grado
- 2 grado

**OBSERVACIONES CONDUCTUALES EN EL NIÑO:**

Al momento de realizar alguna actividad que requiere atención y concentración, el niño:

- Permanece sentado en su lugar
- Está atento a las indicaciones
- Se distrae con facilidad
- Se muestra impaciente por hablar

¿Cuáles son las consecuencias que usted implementa cuando el menor realiza una acción indebida?

---



---



---

¿Cómo describe la conducta de su hijo?

---



---



---



**NOMBRE DE QUIÉN PROPORCIONÓ LOS DATOS:**

---

**FECHA:**

---

**NOTA IMPORTANTE**

- 1.- La solicitud de inscripción supone que se ACEPTA ABSOLUTAMENTE EL REGLAMENTO DEL COLEGIO.**
- 2.- Si antes de finalizar el año escolar no se inscribe al alumno, su lugar quedará disponible.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor