

Información General de la Estudiante y el Estudiante

Nombre del niño o la niña: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Nacionalidad: _____

Dirección exacta: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección exacta: _____

Ocupación: _____ nacionalidad: _____

Nº de teléfono: _____ número de cédula: _____

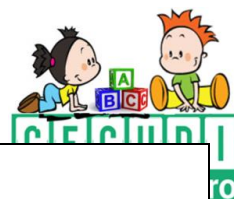
Nombre del padre: _____

Ocupación: _____ nacionalidad: _____

Nº de teléfono: _____ número de cédula: _____

Personas autorizadas para retirar al niño (a) del centro:

Firma: _____ Cédula: _____



ÁREA DE SALUD

ÁREA DE SALUD					
Tamizajes	Anotar período de aplicación y fecha				
1. Peso (Kl) [1]					
2. Talla (cm) [1]					
3. Índice de masa corporal [2]					
4. Agudeza Auditiva [3]					
5. Agudeza Visual [4]					
6. Valoración bucodental [5]					
7. Situaciones de salud que comprometen el proceso educativo del estudiante [6]					
8. Toma el niño medicamentos que afecten el proceso educativo [7]					
9. Esquema de vacunación		Completa	Completa	Completa	
		Incompleta	Incompleta	Incompleta	
		Tiene carné	Tiene carné	Tiene carné	
10. Alimentación saludable		Sí No	Sí No	Sí No	
10.1. Tiene horarios regulares para realizar sus comidas (desayuno, meriendas, almuerzo y cena)		Sí No	Sí No	Sí No	
10.2. Tiene una alimentación variada y saludable [8]		Sí No	Sí No	Sí No	
11. Ve televisión / Juega con la computadora o con videojuegos?		Sí No	Sí No	Sí No	
11.1. ¿Cuántos días a la semana?		días	días	días	
11.2. ¿Cuántas horas al día?		horas	horas	horas	



Historia de vida del estudiante o la estudiante

Nombre y apellidos del o la estudiante: _____

ANTECEDENTES PRE, PERI Y POST NATALES

SALUD

Número de embarazo. _____

Ha presentado dificultades en otros embarazos No Si

Especifique: _____

Concepción: Planeada () No planeada ()

Embarazo: Normal () Con problemas ()

Especifique:

Parto: Normal () Con problemas ()

Especifique:

Durante el embarazo consumió: () Alcohol () Cigarrillos Drogas ()



El niño o la niña al nacer:

Lloró SÍ () NO ()

Nació morado SÍ () NO ()

Cordón umbilical arrollado SÍ () NO ()

Problemas respiratorios SÍ () NO ()

Peso al nacer _____ gramos

La talla al nacer fue _____ centímetros

APGAR: _____ Grupo sanguíneo: _____

Otros: _____

El niño o la niña tuvo dificultades para mamar (succionar) SI () NO ()

Hasta que edad mamó _____

¿Por qué razón no mamó? _____

Le dieron biberón: Sí () No ()

Desde que edad _____

Hasta que edad _____



A qué edad el estudiante:

- a) Sostuvo la cabeza _____
- b) Se sentó solo o sola _____
- c) Se puso de pié solo o sola _____
- d) Gateó _____
- e) Caminó _____
- f) Controló esfínteres _____
- g) Hizo las primeras vocalizaciones _____
- h) Dijo las primeras palabras _____
- i) Dijo las primeras frases _____
- ¿) Tubo problemas de pronunciación _____
- k) Le salieron los primeros dientes _____

Presenta alguna malformación. SÍ () NO () Cuál

Ha sufrido algún accidente SÍ () NO ()
Especifique _____

Revisión médica () Hospitalización () Hubo alguna lesión Cabeza ()
Extremidades superiores () Tronco () Extremidades inferiores ()
Otros _____



Presenta alguna discapacidad:

Visual () Especifique: _____

Auditiva () Especifique: _____

Motora () Especifique: _____

Lenguaje () Especifique _____

Otros () Especifique _____

Toma medicamentos antes de ir a la Institución SI () NO ()

Cuántas veces al día _____

Es alérgico o alérgica a:

Alimentos () Especifique _____

Medicinas () Especifique _____



Otros () Especifique _____

Ha padecido o padece de:

- Meningitis SI () NO () A qué edad _____
- Supuración del oído: SI () NO () A qué edad _____
- Asma SI () NO () A qué edad _____
- Sinusitis SI () NO () A qué edad _____
- Inflamación de amígdalas SI () NO () A qué edad _____
- Convulsiones SI () NO () A qué edad _____
- Bronquitis SI () NO () A qué edad _____
- Desnutrición SI () NO () A qué edad _____
- Fiebres de más de 40° SI () NO () A qué edad _____
- Alergias SI () NO () A qué edad _____

Otros especifique: _____

Marque con una equis (x), si el estudiante ha tenido o no lo siguiente:

- a. Control de crecimiento SI () NO ()
- b. Control de vacunas SI () NO ()
- c. Tratamiento Buco-dental SI () NO ()
- d. Exámenes de laboratorio SI () NO ()
- e. Tratamiento médico SI () NO ()



f. Otros tratamientos SI () NO ()

Especifique: _____

¿Cómo han sido sus hábitos alimenticios? _____

A la hora de dormir su hija o hijo:

Duerme tranquilo _____ sufre de pesadillas _____ problemas respiratorios _____
Se orina en la cama _____

El niño o la niña:

Es cariñoso _____ Es tímido _____ Es nervioso _____

Es peleador _____ Es temeroso _____ Es activo _____ Pasivo _____

Independiente _____ Dependiente _____ Es alegre _____ Es triste _____

Su atención es dispersa _____ Es comunicativo _____ Amistoso _____ Obediente _____

Manifiesta temor a:

Ruidos _____ oscuridad _____ animales _____ alturas _____

Soledad _____ personas _____ Otras _____

Especifique: _____



¿Su hijo o hija llora con frecuencia? NO SÍ

¿Por qué? _____

Tiende a usar la mano derecha _____ Tiende a usar la mano izquierda _____

Prefiere jugar solo _____ Prefiere jugar en grupos _____

¿Cuáles son sus juegos preferidos?

¿Dispone usted de tiempo para jugar con su hijo (a)? SÍ NO

Mucho Bastante Poco Nada

Ve televisión: SÍ NO ¿Cuántas horas?

¿Cuáles programas?



¿Qué actividades le gusta a su hijo o hija realizar en el tiempo libre?

Describa cómo se relaciona el niño o la niña con:

Los adultos que viven en el hogar:

Los amigos del vecindario:

¿Cuándo su hijo o hija riñe con sus compañeros o compañeras, cómo interviene usted?

¿Cuándo su hijo o hija riñe con su hermana o hermano (si los tiene), cómo interviene usted?



¿Qué normas establece para el comportamiento de su hijo o hija?

¿Cómo las ha establecido? _____

¿Cuándo sale con su hijo o hija se ve en la obligación de resolver problemas más graves que cuando está en la casa? (por ejemplo, en la tienda, el mercado, el cine y otros).

Sí _____ No _____ ¿Qué problemas? _____

¿Qué opina la madre y el padre del infante? ¿Qué concepto tiene de él o ella?

Nombre y firma del encargado

Número de cédula



(Espacio para ser llenado por la docente encargada)

DESARROLLO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Anote cómo se desenvuelve el estudiante en cada una de las siguientes áreas.

<i>ÁREA SOCIOAFECTIVA</i>	<i>AREA PSICOMOTRIZ</i>	<i>AREA COGNITIVA</i>

REGISTRADO POR: _____ FIRMA: _____

Nota: Es importante que las situaciones citadas sean manejadas de manera confidencial con el propósito de no afectar el desenvolvimiento integral de estudiante y su familia.