



## FICHA DE DATOS PERSONALES P-S

### DATOS DEL ALUMNO (A):

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_  
 Grado al que postula \_\_\_\_\_ Año lectivo: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Teléfono de domicilio \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES:

**PADRE:** (persona que cría al alumno(a) y ejerce función paterna)

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR:**

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Grado de Instrucción \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_  
 Estudios de Post Grado \_\_\_\_\_  
 Centro de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Cargo Laboral \_\_\_\_\_  
 N° de celular \_\_\_\_\_

Si el padre ha fallecido especificar nombre, fecha y causa: \_\_\_\_\_

**PADRE BIOLÓGICO:** (llenar solo en caso de que no viva con el niño(a). Especificar los datos más importantes: NOMBRE, EDAD, RESIDENCIA ACTUAL, TIPO DE VÍNCULO QUE TIENE CON EL NIÑO(A), OTROS.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**MADRE:** (persona que cría al alumno(a) y ejerce función materna)

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR:**

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Estudios de Post Grado \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

Cargo Laboral \_\_\_\_\_

Nº de celular \_\_\_\_\_

Si la madre ha fallecido especificar nombre, fecha y causa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MADRE BIOLÓGICA:** (llenar solo en caso de que no viva con el niño(a). Especificar los datos más importantes: NOMBRE, EDAD, RESIDENCIA ACTUAL, TIPO DE VÍNCULO QUE TIENE CON EL NIÑO(A), OTROS.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APODERADO O TERCERA PERSONA QUE CUMPLE ROL PATERNO / MATERNO CON EL ALUMNO(A) :**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Vínculo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Estudios de Post Grado \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

Cargo Laboral \_\_\_\_\_

Nº de celular \_\_\_\_\_



**SITUACIÓN FAMILIAR:**

Solteros	-----	Casados	-----
Viudo(a)	-----	Divorciados	-----
Separados	-----	Convivientes	-----
Otros	-----		

Especificar la relación que tienen los padres del alumno(a):

-----  
-----

**NÚMERO DE HERMANOS:** -----

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Edad</b>	<b>Colegio/Universidad/Profesión</b>
----------------------------	-------------	--------------------------------------

-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Especificar la situación familiar del alumno(a) (con quiénes vive, quiénes son las personas importantes en su vida, a quiénes frecuenta, etc.):

-----  
-----  
-----

**Persona encargada de cuidar al alumno(a) después del Colegio:**

-----

**HISTORIA DE VIDA DEL ALUMNO(A)**

**DATOS DEL EMBARAZO**

Especificar si fue planificado, estado emocional de los padres, control médico, enfermedades durante el embarazo):

-----  
-----  
-----

**NACIMIENTO:**

Tiempo de gestación: \_\_\_\_\_

¿Lloró al nacer?:                    **SI**      **NO**

¿Padeció asfixia?                    **SI**      **NO**

Estuvo en la incubadora:           **SI**      **NO**

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_                    Talla \_\_\_\_\_

Otros datos importantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN:**

¿Qué tipo de alimentos prefiere ingerir?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene reacciones alérgicas a determinados alimentos?    **SI**      **NO**

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**SUEÑO:**

¿Cómo es?

Tranquilo \_\_\_ Irritable \_\_\_ Continuo \_\_\_ Interrumpido \_\_\_      (marque todas las que aplique)

¿Tiene pesadillas?                    **SI**      **NO**

¿Tiene miedo en las noches?    **SI**      **NO**

¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Habla dormido?                    **SI**      **NO**

¿Es sonámbulo?                    **SI**      **NO**

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Con quién duerme su hijo? \_\_\_\_\_

¿Suele pasarse a la cama de los padres? \_\_\_\_\_

Otras dificultades:

\_\_\_\_\_



**SALUD:**

Señale enfermedades que tuvo el alumno(a): ¿A qué edad y duración?

-----  
-----  
-----

¿Su hijo (a) ha tenido operaciones?      **SI**      **NO**

¿De qué tipo? : -----

¿Ha tenido hospitalizaciones?      **SI**      **NO**

¿Cuántas? -----

Motivo -----

¿Su hijo(a) ha tenido caídas, golpes, accidentes? Especifique:

-----

¿Su hijo(a) recibe algún tratamiento médico? -----

Motivo -----

Alergias:      **SI**      **NO**

Especifique: -----

-----  
-----

¿Su hijo(a) tiene Epilepsia? Especifique:

-----

¿Su hijo(a) presenta algún diagnóstico clínico? Especifique:

-----

Otros datos importantes:

-----  
-----

¿Su hijo(a) ha tenido o tiene convulsiones? Especifique:

-----

¿Alguno de los hermanos presenta algún diagnóstico clínico? (ejemplo: Déficit de Atención, Hiperactividad, Síndrome de Asperger, Autismo, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, etc.)  
Especifique:

-----  
-----

¿Enfermedades importantes en la familia? (ejemplo: Problemas cardiacos, diabetes, cáncer, epilepsia, depresión, etc.)

Especifique:

-----  
-----

**DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL:**

Defina el carácter de su hijo (a)

-----  
-----

¿Le tiene miedo a algo? \_\_\_\_\_

Impresiones fuertes que haya tenido su hijo(a)

-----  
-----

¿Se chupó el dedo?      **SI**      **NO**

¿Se come las uñas?      **SI**      **NO**

¿Tiene tics?              **SI**      **NO**

¿Cómo reacciona y se desenvuelve ante situaciones nuevas?

-----  
-----

¿Cómo reacciona y se desenvuelve con familiares?

-----  
-----

¿Cómo reacciona y se desenvuelve con personas extrañas?

-----  
-----

¿Pertenece a algún grupo, club o institución?      **SI**      **NO**

Nombrar:

-----  
-----

¿En qué ocupa su tiempo libre?: \_\_\_\_\_

-----  
-----



¿Cuáles son las actividades de su preferencia?:

-----  
-----

¿Practica algún deporte?                    **SI**        **NO**

¿Cuál?-----

¿Con qué frecuencia se reúne con sus amigos(a), fuera del horario de clases?

-----  
-----

¿Ha recibido terapia emocional?        **SI**        **NO**

Motivo:

-----  
-----

Especifique: Nombre del Terapeuta, teléfono, duración de la terapia.

-----  
-----

**DESARROLLO DEL LENGUAJE:**

Lengua materna del alumno(a): -----

¿Ha tenido dificultades con el lenguaje?:                    **SI**        **NO**

¿De qué tipo?:-----

¿Se hablan dos idiomas en casa?                    **SI**        **NO**

¿Quién habla el otro idioma? : -----

¿Ha recibido terapia de lenguaje?                    **SI**        **NO**

Especifique: Nombre del Terapeuta, teléfono, duración de la terapia.

-----  
-----



**DESARROLLO PSICOMOTOR:**

¿Qué mano utiliza para trabajar?.....

¿Suele cansarse cuando escribe? .....

¿Se cae frecuentemente cuando camina o corre? .....

¿Alguno de los padres o hermanos son zurdos o ambidiestros? Especificar:

.....

¿Ha recibido algún comentario en el Colegio sobre el desarrollo psicomotor de su hijo(a)? **SI NO**

Especifique:.....

.....

¿Casos de Hipotonía o hiperlaxitud en la familia, otros? Especificar:

.....

.....

¿Ha recibido terapia psicomotora? **SI NO**

Especifique: Nombre del Terapeuta, teléfono, duración de la terapia.

.....

.....

**HISTORIAL ESCOLAR:**

Detalle los Colegios que ha asistido:

<b>Centro Educativo</b>	<b>Distrito</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Año Académico</b>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

¿Cómo fue el rendimiento escolar de su hijo(a)?

**Inicial**

.....

.....





**Primaria**

---

---

**Secundaria**

---

---

¿Cómo fue la conducta de su hijo(a) en?

**Inicial**

---

---

**Primaria**

---

---

**Secundaria**

---

---

Indicar el motivo del traslado de colegio de su hijo(a):

---

---

Alguna impresión o situación que le haya pasado al alumno(a) durante su instancia en el Colegio:

---

---

¿Quién supervisa o ayuda en la ejecución de las tareas escolares?

---

---

¿Se distrae para trabajar?

---

---

**DISCIPLINA:**

Persona que ejerce la disciplina en casa con el alumno(a): \_\_\_\_\_

¿Cómo se le disciplina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha recibido terapia de Modificación de Conducta?      **SI**      **NO**

Especifique: Nombre del Terapeuta, teléfono, duración.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TERAPIAS:**

Asiste a terapia      **SI**      **NO**

Tipo de terapia \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** (datos importantes que usted crea conveniente que el Colegio deba conocer).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

**Fecha:** \_\_\_\_\_