



FICHA DE DATOS PERSONALES N-1GR

DATOS DEL ALUMNO (A):

Nombres y Apellidos _____

Grado al que postula _____ Año lectivo: _____

Sexo: _____

Lugar de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) _____ Edad (aa/mm) _____

Nacionalidad _____

Domicilio _____

Teléfono de casa _____

DATOS FAMILIARES:

PADRE:

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 el padre ha fallecido especificar su 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:

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: -----

Nombres y Apellidos	Edades	Colegio/Universidad/Profesión
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

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

¿Tuvo lactancia materna? **SI** **NO**

¿A qué edad comenzó a ingerir alimentos sólidos? _____

¿Al comer rechazó el alimento? **SI** **NO**

¿Es alérgico a algún alimento? Detallar: _____

¿Toma medicación para controlar la alergia?

Otros datos importantes:

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) sufre de estreñimiento, toma alguna medicación? **SI** **NO**

¿Lleva alguna dieta ordenada por el médico o nutricionista? Detallar: _____

¿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 PSICOMOTOR:

Levantó la cabeza a los _____

Se sentó a los _____

Gateó a los _____

Caminó a los _____

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

¿Ha recibido algún comentario en el nido 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.



DESARROLLO DEL LENGUAJE:

Balbuceó a los _____

Dijo sus primeras palabras (una o dos palabras) a los _____

Lengua materna del alumno(a): _____

¿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 SOCIO EMOCIONAL:

Defina el carácter de su hijo (a)

¿Le tiene miedo a algo? _____

Impresiones fuertes que haya tenido su hijo(a)

¿Se chupa 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?

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

Motivo:

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

HISTORIAL ESCOLAR:

Detalle los Nidos y/o Centros de Estimulación que ha asistido:

Nido/Centro Estimulación	Distrito	Edad	Nivel	Año
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

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.



JUEGOS

Juego preferido _____

¿Con quién juega generalmente? _____

¿Puede jugar solo? **SI** **NO**

¿Puede jugar acompañado? **SI** **NO**

CONTROL DE ESFÍNTERES:

¿Cuándo controló la micción diurna? _____

¿Cuándo controló la micción nocturna? _____

El control de las heces fue a los _____

Si todavía no tiene control total de sus esfínteres, proporcione detalles del estado en que se encuentra:

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: _____