



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 _____
Nº 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: -----

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

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

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:

Centro Educativo	Distrito	Edad	Grado	Año Académico
.....
.....
.....
.....
.....

¿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: _____