

COLEGIO PARTICULAR "DE JESÚS"
DPTO. PSICOPEDAGÓGICO

FICHA DE DATOS PERSONALES
CONFIDENCIAL

DATOS DEL NIÑO:

1. Nombres y apellidos: _____
2. Edad: _____ 3. Fecha de nacimiento: _____ 4. Lugar de nacimiento: _____
5. ¿Es hijo único? _____ N° de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre los hermanos: _____
6. Dirección: _____ Distrito: _____

DATOS DEL PADRE:

1. Nombre y apellidos: _____ 2. Edad: _____
3. Profesión/Ocupación: _____ 4. ¿Vive con el niño? SI: _____ NO: _____
5. Trabajo actual (Nombre de la empresa, Cargo, especificar si es en Lima, Provincia o extranjero):

6. Teléfono: _____ 7. Correo electrónico: _____

DATOS DE LA MADRE:

1. Nombre y apellidos: _____ 2. Edad: _____
3. Profesión/Ocupación: _____ 4. ¿Vive con el niño? SI: _____ NO: _____
5. Trabajo actual (Nombre de la empresa, Cargo, especificar si es en Lima, Provincia o extranjero):

6. Teléfono: _____ 7. Correo electrónico: _____

ESTADO CIVIL:

Casados _____ **Separados** _____ **Divorciados** _____ **Convivientes** _____ **Viudos** _____

****En caso de ser padres separados/divorciados, especifique frecuencia de visita del padre/madre que _____ no _____ vive _____ con _____ el _____ niño _____**

****En caso de fallecimiento de alguno de los padres, especifique:**

¿Quién? _____ **Fecha:** _____ **Causa:** _____

Nombre los miembros que viven en casa (parentesco, edad):

En caso de trabajar ambos padres, quién se queda al cuidado de los niños:

DATOS DEL DESARROLLO

NACIMIENTO:

Tiempo de embarazo: _____ semanas Parto normal: _____ Cesárea: _____

Si hubo complicaciones al momento del parto, explique:

ALIMENTACIÓN:

¿Sufre de trastornos digestivos (dolores de estómago, vómitos, náuseas)? _____ Especifique:

SUEÑO:

¿Concilia el sueño cuando está solo? _____ ¿Necesita compañía/objeto para dormir? _____

¿Se despierta a menudo por las noches? _____ Número de horas que duerme:

¿Duerme con la luz encendida? _____ ¿Tiene pesadillas? _____

DESARROLLO:

¿A qué edad caminó? _____ ¿Presentó alguna dificultad para caminar? _____

En caso afirmativo, explique: _____

Lateralidad manual del niño: Diestro _____ Zurdo _____ Ambidiestro

Control de esfínteres (edad): Diurno: _____ Nocturno: _____

¿Ha presentado problemas para hablar (tartamudez, omite consonantes, habla como bebe)?

_____ ¿Desde cuándo? (Edad): _____ Explique:

Su hijo ¿recibe algún tipo de terapia o tratamiento relacionado a su aprendizaje?

___ atención – concentración _____ psicomotricidad

___ lenguaje _____ ocupacional

___ aprendizaje

___ sensorial

___ conductual

___ habilidades sociales

___ otros: _____

___ ninguna

¿Desde cuándo? _____

¿Con qué frecuencia asiste? _____

¿En qué lugar(es) realiza la terapia o tratamiento (nombre del centro)?

¿Su hijo presenta alguna necesidad educativa especial? _____. En caso de ser afirmativa su respuesta, indicar el diagnóstico, las terapias que lleva y la frecuencia. Asimismo, debe adjuntar la declaración jurada y/o certificado médico que lo sustente.

SALUD:

¿En algún momento su niño ha presentado convulsiones, mareos, jaquecas, desmayos? _____

Especifique: _____

¿Le han realizado alguna vez algún examen neurológico? _____ ¿A qué edad?

Diagnóstico/Resultado del examen neurológico: _____

Su hijo ha tenido operaciones - hospitalizaciones (motivo – fecha): _____

¿Sigue algún tratamiento médico? _____ ¿Desde qué edad? _____ ¿Qué tipo de tratamiento? _____

¿En la actualidad, continúa con el tratamiento médico? ¿cuál(es), con cuanta frecuencia asiste a controles, toma algún medicamento? _____

MANIFESTACIONES EMOCIONALES:

¿Cambia de estado de ánimo frecuentemente? _____ Explique: _____

En caso de tener hermanos, ¿se lleva bien con ellos? _____ ¿Con quién no? ¿por qué?

¿Cómo reacciona su hijo cuando no se le permite hacer algo? _____

¿Ustedes cómo actúan cuando su hijo no le obedece? _____

¿A qué le tiene miedo? _____ ¿Se muerde las uñas? Si: _____ NO: _____
¿Cómo se comporta frente a personas extrañas? _____

ESCOLARIDAD:

Ha asistido a guardería antes de asistir al nido/jardín/inicial? Si: _____ NO: _____
Si _____ se _____ presentó _____ alguna _____ dificultad _____ mencionarla: _____

¿A qué edad ingresó al nido? _____ Cómo reaccionó: _____
¿La profesora refirió alguna dificultad? ¿Problemas en adaptarse? Si: _____ NO: _____ Especifique: _____

¿Supervisa los quehaceres escolares de su hijo? _____ ¿Quién lo hace? _____
¿Recibe apoyo pedagógico? _____ ¿Por qué? _____
Su hijo, ¿practica/realiza alguna actividad física/deporte? _____
¿Con qué frecuencia? _____
¿Qué cursos/actividades disfruta más en el colegio? _____

Colegio de Procedencia y explique motivo de cambio: _____

RESPONDA:

Describa a su hijo. Mencione 3 cualidades y 3 debilidades de su hijo.

Cualidades: _____

Debilidades: _____

¿Qué es lo que más les agrada a ustedes de su hijo? _____

¿Qué es lo que más les preocupa a ustedes de su hijo? _____

¿Cuál creen ustedes que sea la mayor dificultad que tiene su hijo para la edad que tiene? _____

¿Considera importante el uso de medios tecnológicos para la recreación de su hijo (televisión, videojuegos, celular, Tablet...)? ¿Cuántas horas al día?

L – V: _____ / S – D: _____

¿Cree Ud. que su hijo respeta sus normas o decisiones? _____

¿Qué métodos de disciplina utilizan en casa? _____

¿Quién los aplica? Sólo papá: _____ Solo mamá: _____ Ambos: _____

¿Su hijo, tiene responsabilidades en casa? Especifique cuales (tender la cama, ordenar sus cosas, juguetes, poner la mesa, etc.) _____

CON SU FIRMA ACEPTAN LA VERACIDAD DE LOS DATOS.

Firma del padre

Firma de la madre

FECHA: ____ / ____ / ____