

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 (nombre, parentesco, edad):

En caso de que ambos padres trabajen, señalar quién se queda al cuidado de niño(a):

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(a) ¿recibe o recibió algún tipo de terapia o tratamiento? Señale:

___ atención – concentración _____ psicomotricidad

___ lenguaje _____ ocupacional

sensorial

habilidades sociales

____ otros: _____ ninguna

¿Cuándo? _____ Si es actual, ¿desde cuándo y con qué frecuencia asiste? _____

____ Centro de terapia o tratamiento (nombre)

¿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?

Motivo/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:

¿Cuáles son las emociones que presenta con más frecuencia su hijo(a)? Explique situaciones y reacciones emocionales:

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: _____

A PARTIR DE 2DO. GRADO:

¿Supervisa los quehaceres escolares de su hijo? _____ ¿Quién lo hace? _____
¿Recibe apoyo pedagógico? _____ ¿Por qué? _____
Su hijo, ¿practica/realiza alguna actividad física/deporte (que no sean talleres vacacionales)?
_____ ¿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 cuáles (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: ____ / ____ / ____