

De ocupación y organización familiar.

Separación de los padres <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, Año _____ Divorcio de los padres <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, Año _____ La tenencia del niño está a cargo de _____	El padre vive con el postulante <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí La madre vive con el postulantes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Nota: si alguno de los padres trabaja fuera del ciudad, pero vuelve periódicamente, debe marcar "sí".
--	--

¿Alguien más vive con el postulante en el hogar (además de padre, madre o hermanos)?

Apellidos y nombres	Edad	Parentesco/afinidad	Centro de estudios/ocupación

¿Quién acompaña al estudiante fuera del horario escolar?

3. Pre natal y post natal (primeros años):

Embarazo: Normal Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____

Gestación en meses: _____

Parto: Normal Cesárea Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____

Peso al nacer: _____ Kg. Talla al nacer: _____ cm.

Primeros años: Gateó No Sí, edad _____

Edad de los primeros pasos: _____

Edad de las primeras palabras: _____

Dejó el pañal de día: No Sí, edad _____

Dejó el pañal de noche: No Sí, edad _____

4. Antecedentes de salud:

Salud de la infancia (Marque enfermedades que padeció)

Paperas rubéola varicela sarampión hepatitis tifoidea asma

Alergia a alimentos, medicinas, otros (especifique) _____

Convulsiones (Causa – tratamiento) _____

Problemas visuales: No Sí, especifique _____ Tratamiento _____

Problemas auditivos: No Sí, especifique _____ Tratamiento _____

Otras: _____

Accidentes, traumatismos	Edad	Reacción - tratamiento

Intervenciones quirúrgicas – motivo	Edad	Reacción - tratamiento

Atención neurológica - motivo	Edad	Tratamiento

Accidentes, traumatismos	Edad	Reacción - tratamiento

Sueño

¿Duerme solo en su dormitorio? Sí No, duerme con _____
Suele tener pesadillas terror nocturno somnolencia durante el día
 Insomnio habla dormido rechina los dientes

¿Le teme a la oscuridad? _____

¿Cuántas horas duerme usualmente? _____

Hábitos de alimentación, recreación y descanso

¿Tiene buen apetito? Sí No, ¿a qué horas come usualmente? _____

¿Se chupa el dedo? Sí No ¿Se muerde las uñas? Sí No

Tiempo aproximado que ve televisión diariamente _____

¿Qué programas prefiere? _____

Tiempo aproximado y frecuencia de uso de video-juegos _____

Tiempo aproximado y frecuencia de uso de internet _____

¿Qué páginas o sitios web suele visitar? _____

5. ¿Cómo describen a su hijo?

6. ¿Por qué han decidido hacerlo postular a este colegio? ¿Qué los motivó?

7. ¿Qué valores considera comparten su familia con nuestro colegio?

8. Presentó dificultad en

a. Atención-concentración: _____

b. Lenguaje: _____

c. Coordinación Motora gruesa/fina: _____

9. Información Adicional: Consigne la información sobre el postulante que ustedes crean importante para conocer su contexto familiar y de desarrollo.

Firma del Padre

Firma de la Madre