

CENTRO EDUCATIVO TEMOATZIN- Preescolar

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: _____

1.- DATOS GENERALES

Nombre del niño: _____ Apellido _____
 _____ paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Grado: _____ Grupo: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Servicio médico que cuenta: _____ Lateralidad: Diestro: ___ Zurdo: ___ No define aun: ___

Personas que viven en casa:

Padre	Madre	Hermanos	Abuelos	Tíos	Primos	Otros
EDAD DE LOS FAMILIARES:						

Si es el caso lugar que ocupa entre los hermanos: _____

¿Nombre de la persona que se hace cargo del niño(a) si hay ausencia de padres? _____

Parentesco: _____ Edad: _____ El niño (a) ¿Conoce su nombre? Sí ___ No ___

En casa ¿cómo lo llaman? _____

2.-CARACTERISTICAS SOCIECONOMICAS:

Viven en casa sola ___ departamento ___ cuarto ___ es propio o rentado _____

Numero de cuartos de la construcción: _____

Servicios con los que cuenta la comunidad: Alumbrado público ___ calles pavimentadas ___ Drenaje ___ Teléfono

público ___ transporte público ___ centro de salud o similares _____

Parques o unidades deportivas ___ tiendas: _____

¿Carece de algún servicio la vivienda? Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____

Trabajan ambos padres: _____ puesto o desempeño: _____

Describe las características del padre o madre: _____

Horarios y días de trabajo si es el caso de ambos: _____

Su condición económica la considera: ___ baja ___ media ___ alta: _____

Menciona si practican algún culto religioso: _____ Menciona algunas tradiciones y costumbres que practican en casa: _____

Menciona que acostumbran hacer los fines de semana y/ en periodos vacacionales : _____

3.- HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO.

Embarazo: planeado ___ no planeado ___ se presentó: normal ___ con problemas ___

El Parto fue: normal ___ con problemas ___ ¿Cuáles? _____ Lactancia: ¿tomo pecho? ___ ¿ Cuándo lo dejo? ___ t o m a

B i b e r ó n ___ ¿ Cuándo lo dejo? _____

¿Presenta algún problema físico, de salud o alergia? Menciona _____

Enfermedades que ha padecido: _____

¿Le han detectado algún problema al niño (a)? Visual _____ Auditiva ___ Bucal _____

Ortopédica postural ___ Nutricional _____ Otras _____

Padece alguna enfermedad congénita: _____

Edad en que controla esfínteres: _____ ¿Va solo al baño? Si ___ No ___ **s e l i m p i a s o l o ,**

s í : ___ n o : ___

¿duerme en el día el niño(a)? ___ Cuántas horas? _____ Noche cuantas horas:

Cuál es su horario habitual del niño (a): _____

¿ A qué edad empezó a dormir solo: _____ Tipo de sueño: Tranquilo _Intranhilo_
Duerme en: Cuarto solo _Compartido _____padece alguna alergia: _____ Alimentos que prefiere: _____

Alimentos que rechaza: _____

¿Cuántas veces come al día? _____ Como solo o con ayuda _____

¿Cómo es su lenguaje? _____

Tiene algún problema de lenguaje detectado _____

¿corre? _____ salta con un pie o ambos _____ ¿sube escaleras solo o con ayuda? _____

4.- CONDUCTA Y SOCIALIZACION

¿Cómo es? (carácter, conducta,) _____ ¿Qué actividades hace por sí solo?

¿Qué es lo que hace durante el día? _____

¿Qué conocimientos escolares tiene? _____

¿Cuáles son sus capacidades? _____

¿Cómo resuelve los problemas que se le presentan? _____

¿Cómo aprende? (Observando, auditivo, haciendo las cosas, preguntando, analizando etc.) _____

Observaciones: _____

¿Ha presentado el niño algunas de las siguientes conductas con cierta frecuencia?

Berrinches _____ Rechazo de alimentos _____ Succión del pulgar _____
Agresividad _____ Morderse las uñas _____ Orinarse en la cama _____ A las

conductas anteriores ¿Cómo reaccionan?

Papá: _____

Mamá: _____

¿Tiene dificultad para relacionarse con alguien? _____ ¿Le teme a algo? _____ ¿A qué? _____

En casa se conduce con valores cuales _____

¿Hay en casa alguna persona con problemas de salud o adicciones? _____ ¿Quién? _____

¿Existe en el hogar alguna situación problemática que considere afecte al niño? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Con quién y donde suele jugar su hijo(a)? _____

Si el jardín tuviera oportunidad de brindar pláticas a los padres de familia para mejorar el ambiente familiar, ¿Qué temas le gustaría escuchar?

5.- CONTACTO

¿Por qué medio se enteró del CENTRO EDUCATIVO TEMOATZIN: _____

¿tiene o conoce alguna opinión sobre la escuela? _____

¿Por qué decidió esta escuela para su pequeño? _____

¿curso antes su pequeño otra escuela y como se llama la institución? _____

¿si es el caso motivo de su baja o separación de la escuela anterior? _____

¿Qué espera encontrar en esta institución para su pequeño? _____

Nombre y firma del padre o tutor _____