FICHA IDENTIFICACION

NOMBRE DEL ALUMNO: _____GRUPO_____ CICLO: _____ CICLO: _____

Grupo sanguíneo: _____ ¿alguna detección? Visual _____ Auditiva _____ Bucal _____Ortopédica postural ____
Nutricional __ Otras _____ ¿Presenta algún problema físico, de salud o alergia? _____cual? _____
¿Va solo al baño? Si ____ No ___observaciones: _____control Nocturno _____
¿toma pecho? ____ Biberón _____ Observaciones: _____
Parto: normal _____ con problemas ¿Cuáles? _____

CENTRO EDUCATIVO

Cuenta con servicio médico No ( ) Sí ( ) ¿Cuál? _____
Lateralidad: Diestro ( ) Zurdo ( )Ambidiestro ( )
Estado del pie: Plano ( ) Saludable ( ) Otro ( )_____
Horas de sueño:_____
¿Tipo de sueño? Tranquilo ( ) Intranquilo ( ) Otro_____
El niño(a) duerme en cama: Independiente ( ) Compartida ( )
Si contestó compartida favor de indicar con quien _____
¿Duerme durante el día? SI_____NO_____ Cuánto tiempo _____
Tipo de alimentos que consume el niño(a).
Desayuno:_____
Comida: _____
Cena:_____
Platillo favorito:_____Golosina favorita:_____
¿Come solo o con ayuda? _____
¿Fue un hijo(a)? Deseado ( )Esperado ( ) Planeado ( )Inesperado ( )
Su hijo(a) gateo SI_____NO_____¿A qué edad?_____
Edad en que caminó: _____
Autonomía del alumno
¿Qué actividad cotidiana realiza en casa?_____
¿Se viste solo o con ayuda, de ser así quién? _____
¿Qué lo pone feliz? _____
¿Qué le enoja?_____
Cómo define el comportamiento afectivo del niño(a)?
Impulsivo ( ) Adaptable ( ) Rebelde ( ) Deprimido ( )
Agresivo ( ) Proactivo ( ) Inestable ( ) Otra:_____
¿Le gustaría participar en alguna actividad que le ayude a mejorar la educación de su hijo(a)?SI_____ NO____ ¿Cuál?_____
Disposición de tiempo: Horario_____
lunes ( ) martes ( ) miércoles ( ) jueves ( ) viernes ( )

AMBIENTE Y DINÁMICA FAMILIAR

Personas que viven en casa _____
No. De personas que integran su familia nuclear_____
No. De hermanos_____Lugar que ocupa_____
Edades de los hermanos_____
Sus hermanos estudian SI ( ) NO ( ) _____
¿Quién se hace cargo del educando? _____
¿Quién pone disciplina en casa?_____
Tiempo que necesita para trasladarse de su casa a la escuela _____
Utiliza transporte: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?_____

Casa sola ____ Departamento ____ Cuarto ____ Propio ____ Rentado ____ Otro ____ ¿Carece de algún servicio la vivienda?
Sí ____ No ____ ¿Cuál? _____
¿Por qué medio se enteró del CENTRO EDUCATIVO TEMOATZIN: _____
¿Conoce alguna opinión sobre la escuela? _____ cual? _____ _____ ¿Qué expectativas tiene al fin del ciclo escolar? _____
¿Viene de alguna institución? _____ ¿motivo de su baja? _____

Nombre y firma padre o tutor: _____