



**HISTORIA DEL NIÑO (Alumnos Nuevo Ingreso)
AÑO ESCOLAR 2011- 2012**



1.- DATOS DEL NIÑO (A)

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de nacimiento: _____

Edad para Septiembre: ____ años y ____ meses

Nacionalidad: _____ Sexo: M ____ F: ____

Dirección: _____
_____ Procedencia: Del Hogar ____ Otra Institución ____ (especifique)

Nivel a cursar: _____ Nombre de la persona que suministra los datos: _____

2.- DATOS DE LOS PADRES

Nombre y apellido de la **MADRE**: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Edad: ____ años Profesión: _____ Ocupación: _____

Grado de Instrucción: _____

Teléfono Móvil: _____ Dirección de la casa: _____

_____ Teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

_____ Teléfono: _____

Dirección electrónica: _____ Estado civil: ____ C.I. _____

Nombre y apellido del **PADRE**: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Edad: ____ años Profesión: _____ Ocupación: _____

Grado de Instrucción: _____

Teléfono Móvil: _____ Dirección de la casa: _____

_____ Teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

_____ Teléfono: _____

Dirección electrónica: _____ Estado civil: ____ C.I. _____

Si el niño vive con su Padrastro o Madrastra, favor llenar los siguientes datos:

Nombre y apellido _____

Edad: ____ años Profesión: _____ Ocupación: _____

Teléfono Móvil: _____

Si dispone de otra persona, ¿A quién se puede llamar en caso de emergencia?

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Si el representante del niño/a no son sus padres biológicos, favor llenar lo siguiente:

Apellidos y nombres del Representante: _____

Parentesco: _____ C.I. No. _____ Edad: _____

Motivo por el cual lo representa: _____

Teléfonos: _____

3.- HISTORIA PERSONAL

¿Tiene hermanos? No ___ Si ___ ¿Cuántos? ___ Posición del niño en orden descendentes: ___

Vive con: MADRE ___ PADRE ___ HERMANOS ___ ABUELOS ___

TIOS ___ OTROS ___ (especifique) _____

¿Quién cuida al niño(a) durante el tiempo que esta en casa?

Mama: ___ Abuela: ___ Tía: ___ Otro: ___ ¿Quién?: _____

Condiciones de la vivienda del niño (a), (casa, apartamento, distribución de cuartos, otras condiciones):

Nombre algunas alteraciones de salud, presentadas dentro del grupo familiar:

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Otro Familiar: _____

Prenatal

Salud de los padres antes del embarazo: Buena: ___ Regular: ___ Mala: ___, en caso de regular o mala, explique:

Embarazo: Planificado: Si ___ No ___

Método: Natural ___ In vitro ___ Inseminación Artificial ___ Otros ___ (especifique) _____

Enfermedades durante el embarazo: Rubéola ___ Hipertensión ___ Anemia ___ Otras ___

¿Cuál? _____ Ninguna: _____

¿Trabajo la madre durante el embarazo? No ___ Si ___

¿Qué tipo de trabajo realizo? _____

¿Sufrió la madre accidentes durante el embarazo? Si ___ No ___

Especifique: _____

¿Fumaba o ingería alcohol durante el embarazo?

No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

Para Natales

¿Cómo fue el parto? Normal ___ Cesárea ___

A termino ___ Prematuro ___

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____ ¿Lloró al nacer? _____

Edad de la madre en el momento del parto: _____ años.

¿Surgió algún problema durante el parto? No ___ Si ___ Explique: _____

_____.

Desarrollo Evolutivo

Edad aproximada cuando empezó a hablar (frases): _____

Edad aproximada cuando empezó a caminar (sin apoyo): _____

Edad aproximada cuando empezó a comer solo: _____

Edad aproximada cuando empezó a controlar esfínteres: _____

Edad aproximada cuando le salió el primer diente: _____

Lateralidad o mano que utiliza preferentemente: _____

Peso actual _____ Kg Talla actual _____ cm

4.- HISTORIA MÉDICA

¿Cuáles son las vacunas faltantes en el control de inmunizaciones? _____

_____ Enfermedades o virus que ha padecido: _____

¿Padece de alguna afección que requiera especial atención? _____

_____.

¿Ha sido sometido (a) alguna operación? _____

¿Es alérgico(a)? No ___ Si ___ Especifique _____

En caso de fiebre, ¿Cuál es el medicamento que acostumbra a darle? _____ Dosis: _____

¿Actualmente esta medicado? Si ___ No ___ Explique: _____

¿Ha sufrido caídas o fracturas? Si ___ No ___ Explique: _____

5.- DESARROLLO DE CONDUCTAS DE AUTO-CUIDO

Hábitos

Alimentación

¿Come solo? Si ___ No ___ ¿Desayuna? Si ___ Hora promedio: _____ No ___

¿Tiene buen apetito? Si ___ No ___

¿Qué acostumbra comer de desayuno? _____

¿Puede comer chucherías? Si ___ No ___

¿Presenta algún problema alimenticio? _____

_____.

Sueño

¿A que hora se acuesta? _____ ¿A que hora se levanta? _____

¿Cómo es el sueño del niño? _____

¿Con quien duerme? _____

Control de Esfínteres

¿Controla esfínteres? Si ___ No ___ ¿Desde cuándo? _____

¿Va solo al baño? _____

6.- DESARROLLO SOCIO- EMOCIONAL

¿Ha asistido a guarderías/preescolar o colegio? No _____ Si _____

¿Cuál? _____ Motivo del retiro _____

¿Cómo se relaciona el niño(a) con su(s) familia(res)? _____

¿Cómo se relaciona el niño(a) con su(s) amigo(s)? _____

¿Qué tipo de juegos prefiere? _____

¿Con quien juega generalmente? _____

Explique brevemente cómo es la conducta de su hijo _____

7.- DIFICULTADES OBSERVADAS

¿Ha observado algún tipo de dificultad en el niño(a)? _____

¿Cómo la ha resuelto? _____

¿Ha asistido alguna vez a consultas con psicólogos, psicopedagogos, neurólogos, terapeuta del lenguaje, otros. ¿Por qué?

_____.

8.- CARACTERISTICAS DEL NIÑO EMITIDAS POR EL REPRESENTANTE

Enumere por lo menos cinco (5) cualidades del niño(a): _____

Enumere algún tipo de temor que presente el niño(a): _____

9.- DATOS GENERALES

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL NIÑO:

Nombre y apellido: _____	C.I. _____	Nexo _____
Nombre y apellido: _____	C.I. _____	Nexo _____
Nombre y apellido: _____	C.I. _____	Nexo _____
Nombre y apellido: _____	C.I. _____	Nexo _____

¿Qué espera de la Institución, la Dirección y de las maestras a cargo de su hijo?

En caso de una emergencia y de no localizarlo autoriza al personal del Colegio a llevar a su hijo(a) a un Centro Medico para solucionar la Emergencia.

Estoy de acuerdo: _____ No estoy de acuerdo: _____

Yo, _____ de C.I. _____, Representante de _____ me comprometo a cancelar las mensualidades los 5 primeros días de cada mes y a cumplir a **cabalidad** las Normas de Convivencia de la Institución.

Firma _____ Fecha _____