

FICHA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Antecedentes proporcionados por la familia)

La información solicitada en este cuestionario tiene por objeto facilitar, a los equipos de trabajo, el conocimiento detallado de su hijo/a, para así brindarle el apoyo necesario que pueda requerir en los primeros años de su desarrollo escolar.

I. ANTECEDENTES GENERALES

ESTUDIANTE	
Nombre	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombres	
Curso al que ingresa	Año de ingreso
Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	
Dirección	
Comuna	
Contacto de emergencia	
Parentesco	Celular
Contacto de emergencia (no padres)	
Parentesco	Celular

PADRE	
Nombre	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombres	
Edad	En caso de fallecimiento, indique año
Profesión	
Cargo que desempeña	
Empresa	
Nacionalidad	
Dirección	
Comuna	Celular

MADRE	
Nombre	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombres	
Edad	En caso de fallecimiento, indique año
Profesión	
Cargo que desempeña	
Empresa	
Nacionalidad	
Dirección	
Comuna	Celular

GRUPO FAMILIAR	
Estado civil de padres	Casados / pareja ___ Divorciados ___ Viudo/a ___
Nombres de Hermanos/as (incluir a postulante)	1. _____ Edad _____
	2. _____ Edad _____
	3. _____ Edad _____
	4. _____ Edad _____
	5. _____ Edad _____
	6. _____ Edad _____
Lugar que ocupa el alumno/a entre sus hermanos/as <u>1°</u> <u>2°</u> <u>3°</u> <u>4°</u> <u>5°</u> <u>6°</u>	
¿Quiénes viven en el hogar con el estudiante?	
En caso de padres separados, mencionar régimen de visitas que mantiene el padre que no vive con el estudiante la mayor parte del tiempo	

II. ANTECEDENTES ESCOLARES

Edad de ingreso a Jardín Infantil _____	No asistió a Jardín Infantil _____
Nombre Jardín Infantil _____	
Si postula a Kínder, ¿dónde realizó Pre-Kínder? _____	
¿Ha sido necesario que repita algún nivel?	No ___ Si ___
Motivo _____	

III. ANTECEDENTES DE SALUD

Grupo sanguíneo _____	RH _____
Su hijo/a presenta alguna condición de salud	No ___ Si ___
Descripción _____	
Se encuentra con apoyo médico	Si ___ Especialidad _____ No ___
Toma algún medicamento regularmente	Si ___ Cuál/es _____ No ___
Requiere tomar medicamentos en horarios de clases	Si ___ Cuál/es _____ No ___
Requiere cuidados especiales de enfermería	Si ___ Cuál/es _____ No ___
Su hijo/a presenta alergia a algún medicamento	No ___ Si ___
Descripción _____	
Ha presentado cuadro de anafilaxia o dificultad respiratoria	Si ___ ¿Cuántas veces? _____ No ___
Su hijo/a presenta alergia a algún alimento	No ___ Si ___
Descripción _____	
Ha presentado cuadro de anafilaxia o dificultad respiratoria	Si ___ ¿Cuántas veces? _____ No ___
Su hijo/a ha sido evaluado por Oftalmólogo (control sano visión)	No ___ Si ___
¿Cuenta con algún diagnóstico? _____	
Su hijo/a ha sido evaluado por Otorrino (control sano audición)	No ___ Si ___
¿Cuenta con algún diagnóstico? _____	

IV. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

HITOS DEL DESARROLLO			
Lenguaje			
Edad primeras palabras			
Actualmente, ¿se da a entender con claridad?	Si ___	A veces ___	No ___
¿Ha necesitado apoyo de fonoaudiólogo?	Si ___		No ___
Control de esfínter			
¿Controla esfínter de día?	Si ___	A veces ___	No ___
Al ir al baño, ¿necesita ayuda para limpiarse?	Si ___	A veces ___	No ___
Marcha y desarrollo motriz			
Edad primeros pasos			
¿Ha presentado alguna dificultad en motricidad?	Si ___		No ___
¿Ha necesitado apoyo de algún especialista?	Si ___		No ___
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL			
Relaciones interpersonales			
Logra separarse de los padres sin dificultad	Si ___	A veces ___	No ___
Es respetuoso/a con los adultos	Si ___	A veces ___	No ___
Disfruta de jugar con otros niños/as	Si ___	A veces ___	No ___
Tiende a dirigir los juegos grupales	Si ___	A veces ___	No ___
Prefiere jugar solo/a cuando hay otros niños/as	Si ___	A veces ___	No ___
Es respetuoso/a con otros niños/as	Si ___	A veces ___	No ___
Sigue instrucciones adecuadamente	Si ___	A veces ___	No ___
Personalidad / Temperamento			
Definiría a su hijo/a como:			
Extrovertido/a, activo/a	Si ___	A veces ___	No ___
Introvertido/a, tranquilo/a	Si ___	A veces ___	No ___
Comunicativo/a	Si ___	A veces ___	No ___
Intenso/a en sus emociones	Si ___	A veces ___	No ___
Le incomodan los cambios en las rutinas	Si ___	A veces ___	No ___
Se tiende a desregular con facilidad	Si ___	A veces ___	No ___
Tolera bien cuando algo no le resulta	Si ___	A veces ___	No ___
Enojado/a tiende a golpear, morder, escupir, otro	Si ___	A veces ___	No ___

La mayor parte del tiempo está alegre	Si ___	A veces ___	No ___
Más bien distraído/a o en su mundo	Si ___	A veces ___	No ___

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL			
Personalidad / Temperamento			
Esforzado/a cuando se propone una tarea	Si ___	A veces ___	No ___
Tiende a cambiar de ánimo / humor con facilidad	Si ___	A veces ___	No ___

***Agradecemos el tiempo destinado a responder este cuestionario.
Como institución educativa estamos convencidos de que los padres son los
primeros educadores de nuestros niños y niñas, pero que esta labor se enriquece
profundamente en la unión y trabajo en conjunto con el colegio.***

Nombre madre

Nombre padre

Firma madre

Firma padre

Santiago, _____ de _____ de 20__