



# Formato de inscripción

## PROYECTO SUR PARA LA EDUCACIÓN SC

CICLO ESCOLAR:  GRUPO:

### DATOS GENERALES:

Nombre:     
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)

Como le dicen de cariño:  Sexo: Femenino  Masculino

Fecha y lugar de nacimiento:  Nacionalidad:

Institución de derechohabencia: IMSS  ISSSTE  Otro  Ninguna

Con quien vive el niño :  Teléfono:

Domicilio:       
Calle y No.                      Colonia                      Entidad                      Delegación                      CP

Tipo Sanguíneo:  Estatura:

Quién (es) lo va (n) a recoger regularmente:

| Nombre | Parentesco |
|--------|------------|
|        |            |
|        |            |
|        |            |
|        |            |

En caso de emergencia, avisar en el siguiente orden:

| Nombre | Parentesco | Teléfono |
|--------|------------|----------|
|        |            |          |
|        |            |          |
|        |            |          |
|        |            |          |

## DATOS DEL PEDIATRA

Nombre:  Teléfono:

Radio:  Clave:  Celular:

Padece alguna alergia a alimentos, medicamentos u otro (especifique):

Medicamento en caso de fiebre:  Dosis:

Se priva con llanto (espasmo o sollozo): SI  NO  En caso afirmativo cómo se maneja esto en casa:

Usa algún objeto transicional:

Oso  Almohada  Trapo  Dedo  Chupón  Otro:

## NÚCLEO FAMILIAR

**PADRES:** Viven juntos:  Separados:  Viudo (a):  Padre o madre soltero (a):

**Nombre del padre:**  Edad:

Lugar de nacimiento:

Entidad Federativa

País o Municipio

Nacionalidad:  Escolaridad:

Ocupación:  Lugar de trabajo:

Tel. particular:  Tel. trabajo:

Celular:  E-mail:

**Nombre de la madre:**  Edad:

Lugar de nacimiento:

Entidad Federativa

País o Municipio

Nacionalidad:  Escolaridad:

Ocupación:  Lugar de trabajo:

Tel. particular:  Tel. trabajo:

Celular:  E-mail:

## Hermanos

| Nombre | Edad | Escuela a la que asiste |
|--------|------|-------------------------|
|        |      |                         |
|        |      |                         |
|        |      |                         |

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LA FAMILIA (en el último año)

Separación de padres  Fallecimientos  Llegada de nuevo hermano (a)   
Mudanzas  Factor socio-económico  Cambios en su rutina

### PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN:

|                       |                               |                               |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Disciplina            | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |
| Juegos                | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |
| Hora de los alimentos | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |
| Al levantarse         | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |
| Al acostarse          | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |
| Hora del baño         | Mamá <input type="checkbox"/> | Papá <input type="checkbox"/> |

### DATOS DEL DESARROLLO (En el caso de lactantes y maternas conteste sólo los pertinentes)

**Embarazo** Normal

Alguna complicación (especifique):

**Nacimiento** Parto:  Cesárea:  Fórceps:  APGAR

**Alimentación** Fórmula:  Soya:  Seno materno:  Tiempo:

### CONSTANTES PSICOMOTORAS

Gateó Si  No

Edad en que empezó a caminar:

Edad en que inició el control de esfínteres:

Micción: En proceso  Controlada desde:  años  meses

Defecación: En proceso  Controlada desde:  años  meses

### LENGUAJE (Indique la edad)

Baluceo  1er. Palabra con significado:  1ra. Frase:

### SALUD (Especifique en caso afirmativo)

Qué enfermedades ha tenido:

Ha tenido ataques epilépticos:

Padece alguna enfermedad crónica:

Ha sufrido accidentes graves:

Ha sido operado:

¿Tuvo algún accidente que requirió revisión médica u hospitalización? Si  No

En caso de hospitalización ¿Cuál?

¿Cuánto tiempo?

Enfermedades que ha padecido:

Varicela  Rubéola  Escarlatina  Hepatitis

Tifoidea  Paperas  Tosferina  Otras

**Tiene algún problema físico relacionado con:**

Habla  Vista  Oído  Tono muscular  Otro

**Usa algún tipo de aparato:**

Dental  Anteojos  Auditivo  Ortopédico  Otro

**Ha asistido a algún tipo de terapia:**

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

Describe el comportamiento del niño (a):

|   | Siempre | Muy Frecuente | Frecuente | Algunas veces | Nunca |
|---|---------|---------------|-----------|---------------|-------|
| Alegre                                    |         |               |           |               |       |
| Amigable                                  |         |               |           |               |       |
| Callado                                   |         |               |           |               |       |
| Cooperador                                |         |               |           |               |       |
| Curioso                                   |         |               |           |               |       |
| Presta sus cosas                          |         |               |           |               |       |
| Hace berrinches                           |         |               |           |               |       |
| Independiente                             |         |               |           |               |       |
| Imaginativo                               |         |               |           |               |       |
| Irritable                                 |         |               |           |               |       |
| Siente miedo                              |         |               |           |               |       |
| Moja la cama                              |         |               |           |               |       |
| Tolerante                                 |         |               |           |               |       |
| Prefiere estar con otros (niño o adultos) |         |               |           |               |       |
| Responsable                               |         |               |           |               |       |
| Se chupa el dedo                          |         |               |           |               |       |
| Sociable                                  |         |               |           |               |       |
| Persistente                               |         |               |           |               |       |
| Tímido                                    |         |               |           |               |       |

Tiene algún Tic (especifique):

Juegos preferidos:

Diversiones que le gustan:

Actividad física que le interesa:

Situaciones que le disgustan:

Reacción ante la oscuridad:

Miedos:

Duerme la mayoría de las veces: Solo  Con sus padres  Con hermanos  Otros

Horas que duerme en promedio:

¿Cuántas veces come al día?

¿Toma alimentos antes de llegar a la escuela? Si  No  Cuáles

En las dos últimas semanas ¿cuántas veces consumió algunos de los siguientes alimentos?

Carne  Pollo  Huevo  Leche  Embutidos  Cereal  Verduras

Frutas  Golosinas  Refrescos  Sopa  Otros

¿Cuántas horas al día pasa viendo algún programa de televisión?

¿Cuáles son sus programas favoritos?

Caricaturas  Telenovelas  Documentales

Series policíacas  De concurso  Otros

¿Qué actividades realiza regularmente los fines de semana?

Visitas familiares  Cine  Parque de diversiones  Museos

Deportivo  Otros

## HABILIDADES

Come solo (a)  Se viste solo (a)  Se peina solo (a)

Se lava los dientes solo (a)  Va al baño solo (a)  Se lava las manos solo (a)

Información adicional sobre su hijo que considere útil compartir con sus maestros:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

México DF a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_