



FICHA DE DATOS PARA PADRES DE FAMILIA

FOTO
DEL
POSTULANTE

DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos: _____
Lugar de nacimiento: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Grado escolar que postula: _____ Centro de procedencia: _____
Domicilio _____

CUESTIONARIO

¿Asistió a la visita guiada? SI () NO ()

Hemos pensado en este colegio para nuestro hijo(a) porque:

Sobre la elección de este colegio, los aspectos que nos generan duda o preocupación son:

También lo hemos inscrito en el colegio: _____

1. ANTECEDENTES PERSONALES

a) EMBARAZO

Su hijo(a) nació por: parto natural () cesárea ()

Tiempo de gestación: _____

Sírvase marcar con un aspa (x)

() Prematuro

() A término

() Inducido

() Rotura de fuente

() Espontáneo

() Fórceps

() Enfermedades

() Hipertensión

() Accidentes

() Medicación

Antecedentes relevantes del embarazo, parto, enfermedades o traumatismos sufridos por su hijo(a):

b) ALIMENTACIÓN:

Lactancia SI () NO () ¿Hasta cuándo? _____

¿Hasta qué edad usó biberón? _____

¿Come solo/a? SI () NO ()

¿Tiene problemas para alimentarse? _____ ¿Cuáles son? _____

c) SUEÑO:

¿Duerme bien? SI () NO () ¿Por qué? _____
¿Duerme solo/a? _____ ¿Con quién duerme? _____
¿Cuántas horas duerme? (Horario) _____
¿Se despierta asustado alguna vez? ¿Por qué? _____
Otros _____

d) CONTROL DE ESFÍNTERES:

Vesical (orina) SI () NO () ¿Desde cuándo? _____
Anal (heces) SI () NO () ¿Desde cuándo? _____
¿Presenta o ha presentado alguna dificultad en el control de orina y/o heces? De día () De noche ()
Especificar _____

e) VISIÓN:

Estrabismo () Miopía () Hipermetropía () Astigmatismo () Ambliopía u ojo perezoso ()
Situación actual: _____

f) AUDICIÓN:

¿Presenta alguna dificultad? _____ ¿Cuál? _____

g) DESARROLLO PSICOMOTOR:

A qué edad: Levantó la cabeza: _____ Se sentó: _____
Gateó: _____ Caminó: _____
Preferencia manual: Diestro () Zurdo () No determinado ()
Movimiento excesivo () Dispraxias () Apraxias () Hiperlaxitud ()

h) DESARROLLO DEL LENGUAJE:

¿Presenta dificultad para expresar pensamientos e ideas? SI () NO ()
¿Presenta dificultad para entender y usar el lenguaje hablado? SI () NO ()
Explicar _____

i) DESARROLLO FÍSICO:

Estado de salud: Bueno () Regular ()
¿Ha recibido algún tratamiento especializado? _____ ¿Cuál? _____
¿Ha sufrido alguna caída/golpe importante? _____ ¿Cuál? _____
Otros especificar _____

j) DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL:

Como se relaciona el estudiante con:
Su Padre: _____
Su Madre: _____
Sus Hermanos: _____

Su hijo(a) ¿cómo manifiesta su enojo? _____

¿Cómo reacciona cuando lo castigan? Lloro () Grita () Rompe objetos () Obedece ()

¿Qué hacen ustedes ante esta situación? _____

Cuando hace lo que le indican recibe alguna recompensa de ustedes SI () NO () A VECES ()

¿Cuál? _____

¿Cómo es el carácter del estudiante? _____

¿Juegos o "hobbies" preferidos del estudiante? _____

¿Cómo se relaciona con otros? _____

2. DINAMICA FAMILIAR

Indicar si su hijo(a) tiene hermanos y qué lugar ocupa en la familia

Nombre	Edad	Nido/Colegio/Universidad

Personas que viven en la misma casa con el estudiante

Nombre y Apellido	Edad	Parentesco	Instrucción	Ocupación

Trabajo a tiempo completo: papá () mamá () Parcial: papá () mamá ()

Permanezco tiempo importante fuera de Lima por trabajo: papá () mamá ()

Si no vive con el niño/a, lo/a visita: papá () mamá ()

() Regularmente, cada _____

() Otros (especifique) _____

Las actividades que generalmente realizamos con nuestro hijo(a) son:

¿Quién se encarga de la disciplina en casa?

Mientras estamos en trabajo hasta que regresamos a las _____ (hora) se queda con _____

y ocupa su tiempo generalmente en _____

¿Dónde suele estudiar? (solo para mayores de 6 años)

Escritorio () Viendo Tv () En la sala ()

En la cocina () En la cama () Donde sea ()

Su hijo: ¿Cuánto tiempo le dedica al estudio? _____

¿Tiene el hábito de la lectura? SI () NO () (sólo para mayores de 6 años)

¿Cuántas horas lee al día? _____

Mencione 3 cualidades y 3 oportunidades de mejora que considere en su menor hijo/a

	CUALIDADES	OPORTUNIDADES DE MEJORA
1		
2		
3		

Creo que lo más importante en una familia es:

Mis expectativas o planes de vida en relación con mi familia son:

En la educación de mis hijos, lo más importante es:

Otros:

3. ESCOLARIDAD

Edad de inicio: _____

¿Cómo fue su adaptación? _____

Rendimiento académico: _____

¿Qué habilidades y destrezas identifica en su menor hijo/a? _____

¿Su menor hijo(a) presenta alguna necesidad de las siguientes áreas?

_____ lenguaje _____ atención-concentración _____ sensorial

_____ psicomotricidad _____ conductual _____ emocional

_____ otros Señale de que tipo: _____

¿Han recibido de parte del pediatra, tutor/a y/o psicólogo/a alguna recomendación de realizar alguna evaluación adicional a su menor hijo(a) sea de lenguaje y aprendizaje, psicológica, de audición, psicomotriz, neurológica, etc.? De ser así, sustente el motivo de dicha recomendación

A continuación, complete el cuadro en caso su menor hijo(a) haya sido evaluado por:

Especialidad	Fecha (mes/año)	Psicólogo(a)/Centro Especializado
Lenguaje, habla, voz		
Psicomotricidad		
Sensorial		
Neuropediatría		
Psicología		
Otros		

¿Su menor hijo(a) realiza alguna actividad fuera del horario escolar? _____

¿En qué actividades han participado en el Centro Educativo donde asiste su menor hijo/a a la fecha?

¿Participan en alguna actividad de acción social y/o pastoral?

Este cuestionario ha sido llenado por:

NOMBRES Y APELLIDOS(PARENTESCO)

DNI

FIRMA

.....
.....

.....
.....

.....
.....

**Declaro que toda la información señalada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes, ni faltando a la verdad en ningún punto.
Así también, aceptaremos las disposiciones que el Colegio estime conveniente de confirmarse que en las respuestas a este cuestionario se falta a la verdad.**

Surquillo, _____ de _____ del 202_____