



# Formato de Inscripción

## Pedagógico

### Datos de Identificación

---

Nombre del alumno

\_\_\_\_\_

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
------------	------------------	------------------

Forma de llamarlo

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

Tipo de sangre

\_\_\_\_\_

Día	Mes	Año	
-----	-----	-----	--

### Relación Afectivo – Social

---

¿Viven juntos los padres?  SI  NO

En caso de estar separados ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_

¿Con quién de los dos vive el niño?  Padre  Madre  Otro(s)

¿Existe alguna restricción jurídica de ver al niño?  SI  NO

¿Existe alguna documentación legal que avale dicha restricción?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con la madre?

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo diario pasa en relación directa con la madre?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con el padre?

\_\_\_\_\_



¿Cuánto tiempo diario pasa en relación directa con el padre?

\_\_\_\_\_

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_\_

Nombre del hermano \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del hermano \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del hermano \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Información de otras personas que vivan en la casa:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Quién cuida diariamente del niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus juegos favoritos? \_\_\_\_\_

¿Con quién juega usualmente? \_\_\_\_\_

### **Desarrollo Evolutivo**

---

¿A qué edad levanto la cabeza? \_\_\_\_\_

¿A qué edad se sentó? \_\_\_\_\_

¿Gateó?  SI  NO ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿A qué edad se paró con ayuda? \_\_\_\_\_

¿A qué edad caminó solo? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo su primera palabra? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_



Describe con horarios un día completo del niño (lo que hace rutinariamente entre semana)

---

---

---

¿Qué hace generalmente los fines de semana?

---

---

---

¿Quién cuida de él generalmente?

---

¿Juega solo? \_\_\_\_\_ ¿Guarda sus cosas solo? \_\_\_\_\_

¿Le teme a algo en especial?

---

¿Ve televisión o películas en video? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su juego favorito?

---

¿Va a clases por la tarde?

---

¿Qué responsabilidad tiene en su casa?

---

¿Cuánto tiempo pasa solo en la tarde (independientemente de los adultos)?

---

## Sueño

---

¿Duerme en cuna o en cama? \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

¿En dónde y con quién duerme?

---

Horario de sueño en la noche \_\_\_\_\_



¿Duerme siesta?  SI  NO Horario\_\_\_\_\_

¿Tiene miedos?  SI  NO ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene pesadillas y/o llanto nocturno frecuente?  SI  NO \_\_\_\_\_

¿Se pasa a la cama de los papás?  SI  NO Frecuencia\_\_\_\_\_

¿Toma pecho, botella, usa chupón, cobija o algo especial para dormir?  
\_\_\_\_\_¿Qué toma o usa?\_\_\_\_\_

¿Se duerme en brazos o paseándolo?¿Cómo? \_\_\_\_\_

### **Cuidado Personal**

---

¿Usa pañales?  SI  NO ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por alguna razón especial? \_\_\_\_\_

¿Usa solo el escusado?  SI  NO Si necesita ayuda ¿Cuál?\_\_\_\_\_

¿Tiene miedo de ir al baño?  SI  NO \_\_\_\_\_

¿Avisa cuando va a hacer pipí o popó?  SI  NO

¿A qué hora hace popó? \_\_\_\_\_

¿Puede quitarse alguna prenda de vestir solo?  SI  NO\_\_\_\_\_

¿Puede ponerse alguna?  SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Le permiten bañarse solo?  SI  NO ¿Desde cuándo?\_\_\_\_\_

¿Se lava los dientes?  SI  NO ¿Solo?\_\_\_\_\_

¿Fue amamantado?  SI  NO ¿Cuánto tiempo?\_\_\_\_\_

Si no fue amamantado, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Come solo?  SI  NO Si no lo hace, ¿por qué?\_\_\_\_\_



¿Utiliza cuchara?  SI  NO

¿El tenedor?  SI  NO

¿Come de todo?  SI  NO  A veces \_\_\_\_\_

¿Mastica bien?  SI  NO  A veces \_\_\_\_\_

¿Bebe en vaso normal?  SI  NO  A veces \_\_\_\_\_

¿Usa biberón?  SI  NO  A veces ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿A qué hora? \_\_\_\_\_

¿Qué toma en él? \_\_\_\_\_

¿Presenta actualmente problemas al comer?  SI  NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuáles con sus alimentos preferidos?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles no le gustan?

\_\_\_\_\_

¿Quién les recomendó esta escuela?

\_\_\_\_\_

¿Qué esperas de la escuela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Nombre y Firma

---

Fecha