



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