



FICHA DE INSCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A) PREESCOLAR

CICLO ESCOLAR: _____

FOLIO: _____

NOMBRE DEL JARDÍN DE NIÑOS: _____ CLAVE: _____

I.- DATOS GENERALES

Nombre del Niño(a): _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Grado y grupo que se le asigna: _____ Nuevo ingreso () Reingreso ()
 Nombre del Padre o Tutor: _____ Ocupación: _____
 Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____
 Domicilio Particular: _____ Tel: _____
 Domicilio donde trabaja el Padre o Tutor: _____ Tel: _____
 Domicilio donde trabaja la Madre: _____ Tel: _____
 Persona(s) autorizada(s) para recoger al niño(a): _____
 En caso de emergencia avisar a: _____
 Con domicilio en: _____ Tel: _____
 Horario disponible para asistir a reuniones: _____
 Temas de interés: _____

II.- DATOS FAMILIARES

| | Edad | Escolaridad |
|-------|-------|-------------|
| Padre | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ |

Estado civil: Casados () Unión libre () Separados () Divorciados ()
 Proceso de divorcio () Viudo(a) () En caso de divorcio quien ejerce la patria potestad _____

Personas con las que vive el niño(a) (anotar el número dentro del paréntesis)

Padre () Madre () Hermanos () Abuelos () Tíos () Primos () Total _____
 Lugar que ocupa entre los hermanos () ¿Cual es el ingreso económico mensual? \$ _____

III.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y LA COMUNIDAD (MARQUE CON UNA X)

Casa sola () Departamento () Cuarto () Propio () Rentado ()
 Otros () _____
 Numero de cuartos _____ Tipo de construcción _____
 Servicios con que cuenta la vivienda Agua () Electricidad () Drenaje () Gas () Teléfono ()
 Servicios de la comunidad Alumbrado público () Calles pavimentadas () Alcantarillado ()
 Teléfono público () Transporte público ()

Observaciones _____

IV.- ANTECEDENTES PRENATALES Y POSTNATALES (MARQUE CON UNA X)

Embarazo: Normal () Deseado () Con problemas ()
 Especifique _____
 Parto: Normal () Con problemas () Especifique: _____
 Lactancia: Pecho () Cuanto tiempo _____ Mamila () Cuanto tiempo _____

V.- HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A):

Físico: Talla _____ Peso _____ presente alguna discapacidad o N.E.E. Si () No ()
¿Cual? _____
Si la respuesta es afirmativa ¿Cuenta con diagnóstico medico? Si () No ()
Enfermedad que ha padecido _____ Alérgico a: _____
Fue predetectado para la institución C.A.P.E.P. Si () No () Motivo: _____
Observación: _____

Vacunas y refuerzos que ha recibido: Triple () Sarampión () Polio () Tuberculosis ()
Recibe algún tratamiento Si () No () ¿Cuál? _____
Cuenta con servicio medico Si () No () ¿Cuál? _____
Filiación o matrícula (proporcionar una copia) _____
Edad del control de esfínteres: Diurno _____ Nocturno _____
Cuántas horas duerme el(la) niño(a) Tipo de sueño: Tranquilo () Intranquilo ()
El niño duerme en: Cama independiente () Cama compartida ()

Alimentos que consume normalmente:
Desayuno _____
Comida _____
Cena _____
Entre comidas _____
Come a sus horas: Si () No () A veces () Cuando tiene hambre ()

VI.- DESARROLLO MOTRÍZ Y DE LENGUAJE:

A que edad caminó: _____ A que edad habló: _____
Lateralidad: Diestro () Zurdo () Ambidiestro ()
Describe brevemente el lenguaje del niño: _____
Que tipo de comunicación tiene con su hijo en el hogar _____
A que juega con su hijo _____
Cuántas horas ve televisión al día y que programas _____

VII.- CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA: (MARQUE CON UNA X)

Si el niño(a) ha presentado algunas de las siguientes conductas con cierta frecuencia:

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| Berrinches () | Llanto excesivo () | Agresividad () | Orinarse en la cama () |
| Morderse las uñas () | Rechazo de alimentos () | Succión del pulgar () | |

VIII.- OBSERVACIONES:

Nombre y firma del padre

nombre y firma de la educadora

Lugar y fecha: _____