



DEPARTAMENTO PSICOPEDAGÓGICO (PREESCOLAR)
HISTORIAL DEL DESARROLLO DEL NIÑO

1. Datos generales.

Nombre del alumno: _____ CURP: _____

Grado al que se inscribe: Maternal () 1° () 2° () 3° ()

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Meses: _____

Lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Código Postal: _____ Teléfono de casa: _____

Fecha de inscripción: _____.

2. Datos de los padres.

DATOS DEL PADRE

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Lugar dónde trabaja: _____

Teléfono: _____

Religión: _____

Celular del papá: _____

Correo electrónico: _____

Nombre abuelos: _____

Teléfono: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Lugar dónde trabaja: _____

Teléfono: _____

Religión: _____

Celular de la mamá: _____

Correo electrónico: _____

Nombre abuelos: _____

Teléfono: _____

Estado civil de los padres: _____

3. Hermanos y hermanas (en orden cronológico incluyendo al (los) alumno(s)):

Nombre	Edad	Grado	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Actitud del padre hacia el niño: _____

Actitud de la madre hacia el niño: _____

Actitud de los hermanos hacia el niño: _____

Actitud del niño hacia los hermanos: _____

Rasgos sobresalientes de algunos de los hermanos:

¿Qué persona es la que convive más con el niño en el hogar?

Menciona las enfermedades o traumatismos sufridos durante el embarazo o al momento de su nacimiento:

Presenta algún tipo de capacidad diferente:

Física ()

Intelectual ()

Psicológica ()

Orgánica ()

Ninguna ()

Dificultad para:

Oír: () Ver: () Saltar: ()

Especifique: _____

Peso actual lo considera:

Normal: () Bajo: () Excedido: ()

No. De horas que duerme habitualmente: _____ Horario: _____

Diurno: _____ Nocturno: _____

¿Existe alguna situación médica especial que debe hacer de nuestro conocimiento?

Es enfermizo: _____

<u>Alergias a:</u>	SI	NO	Especifique
Medicamentos			
Alimentos			
Medio ambiente			
Otra			

Tipo de alimentación: _____

<u>Actividad</u>	Edad	<u>Actividad</u>	Edad
Levanto la cabeza		Dientes	
Se sentó		Control de esfínteres	
Gateo		Primeras palabras	
Camino			

<u>Actividad</u>	SI	NO	A VECES
Se orina durante la noche			
Se viste por si mismo			
Se amarra los zapatos			
Se baña sólo			

<u>Actividad</u>	SI	NO	A VECES
Se le dificulta hacer amigos			
Es inquieto			
Le gusta jugar sólo			
Es irritable			

Predomina la mano: Derecha () Izquierda ()
 Su pronunciación es: Muy clara () Regularmente clara () Poco clara ()
 Su lenguaje es fluido: Mucho () Regular () Poco ()

Su conducta en escuelas anteriores ha sido:

Nombre de escuelas anteriores:

Años cursados: _____

Exponga brevemente las razones por las que desea ingresar a Centro Escolar Tlahuilli:

El presente cuestionario es confidencial y para uso exclusivo del Centro Escolar Tlahuilli

Firma de la madre

Firma del padre

LAP. Miriam López García
 Coordinadora Académica