



DEPARTAMENTO PSICOPEDAGÓGICO (PRIMARIA)  
HISTORIAL DEL DESARROLLO DEL NIÑO

1. Datos generales.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Grado al que se inscribe: 1º ( ) 2º ( ) 3 ( ) 4º ( ) 5º ( ) 6º ( )

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	Actividad	Edad
Levanto la cabeza		Dientes	
Se sentó		Control de esfínteres	
Gateo		Primeras palabras	
Camino			

<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