



INFORME PERSONAL

Datos del alumno/na	Respuesta
Nombre y apellido del niño/niña	_____
DNI	_____
Lugar y fecha de nacimiento	_____
Domicilio	_____
Grupo sanguíneo	_____
¿Es alérgico/a?	_____

EN CASO DE EMERGENCIA

Pregunta	Respuesta
Nombre y teléfono de contacto (al menos dos)	_____ _____

DATOS DEL PADRE

Dato	Respuesta
Nombre del padre	_____
DNI	_____
Email	_____
Ocupación	_____
Lugar de trabajo	_____
Teléfono personal	_____
Nivel de estudios cursados (aclarar completo o incompleto)	_____



DATOS DE LA MADRE

Dato	Respuesta
Nombre de la madre	_____
DNI	_____
Email	_____
Ocupación	_____
Lugar de trabajo	_____
Teléfono personal	_____
Nivel de estudios cursados (aclarar completo o incompleto)	_____

HISTORIA PERSONAL

1. Grupo familiar

Pregunta	Respuesta
¿Viven juntos los padres?	_____
¿Con quién vive el niño/la niña?	_____
Si los padres están separados, ¿frecuenta al progenitor con quien no vive?	_____

Nombre y edad de los hermanos

3. Datos de contacto

Domicilio y teléfono para localizar a los padres en horario escolar

4. Situación laboral y movilidad

¿Alguno de los padres viaja con frecuencia?

5. Personas en el hogar

Otras personas que viven en la vivienda (indicar parentesco)



6. Cuidado y acompañamiento

¿Otras personas cuidan del niño/a? ¿Quiénes?

¿Influyen en su educación? ¿De qué manera?

7. Vínculos y dinámica familiar

Describe la relación del niño/a con sus padres, hermanos y/o convivientes

8. Límites y normas

¿Ponen límites al niño/a? ¿El niño/a los reconoce o acepta?

HIGIENE PERSONAL

Pregunta	Respuesta
¿Controla esfínteres de día?	
¿Controla esfínteres de noche?	
¿Se higieniza solo/a después de ir al baño?	

HISTORIA EVOLUTIVA

1. Embarazo

Pregunta	Respuesta
¿El embarazo fue normal?	
¿Hubo complicaciones?	

2. Parto

Tipo de parto (premature / a término / después de término / normal / difícil / con instrumentos / cesárea)

3. Estado del niño/a al nacer

Aspecto	Respuesta
¿Tuvo llanto espontáneo?	



Aspecto	Respuesta
¿Presentó cianosis u otras condiciones?	_____
Peso al nacer	_____
¿Necesitó cuidados especiales?	_____

4. Desarrollo inicial

Pregunta	Respuesta
¿Cuándo empezó a caminar?	_____
¿Usó/usa chupete? ¿Cuánto tiempo?	_____
¿Usó mamadera? ¿Cuánto tiempo?	_____
Actualmente, ¿toma en taza o mamadera?	_____

ASPECTOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

1. Conocimientos corporales

Pregunta	Respuesta
¿Conoce las diferencias genitales?	_____
¿Cómo lo averiguó?	_____

2. Preguntas del niño/a

¿Hizo o hace preguntas sobre su cuerpo?	_____
¿Hace preguntas sobre la forma de nacimiento?	_____
¿Qué se le respondió?	_____

JUEGOS Y ENTRETENIMIENTOS

1. Modalidad de juego

Pregunta	Respuesta
¿Juega solo o en grupo? ¿Con quién?	_____



2. Comparte juegos y juguetes?

3. Reconocimiento de riesgos

Pregunta

Respuesta

¿Reconoce riesgos y peligros? _____

¿Los evita, los busca, cómo actúa? _____

4. Uso de dispositivos electrónicos

Pregunta

Respuesta

¿Usa Tablet, notebook, celular? _____

¿Cuánto tiempo? _____

5. Actividades complementarias

¿Practica alguna actividad complementaria? ¿Cuál?

6. Características personales

¿Es extrovertido, callado, expresa lo que siente, etc.?

EXPERIENCIAS PREVIAS

1. Antecedentes escolares

Pregunta

Respuesta

¿Asistió a maternal? ¿Cuál? (especificar nombre) _____

¿Cuánto tiempo? _____

¿Cómo fue su experiencia? _____

2. Expectativas institucionales

¿Cuál es la expectativa de los padres ante el ingreso de su hijo/a a esta institución?



¿Cuál es la expectativa de los padres ante el ingreso de su hijo/a a esta institución?

3. Rasgos de personalidad

Describe brevemente rasgos de la personalidad de su hijo/a (fortalezas y aspectos a superar)

FICHA MÉDICA

1. Enfermedades padecidas

(Marcar con una X)

Enfermedad	X	Enfermedad	X	Enfermedad	X
Sarampión	___	Varicela	___	Asma	___
Rubéola	___	Paperas	___	Tos convulsa	___
Escarlatina	___	Diabetes	___	Hepatitis	___
Convulsiones	___	Epilepsia	___	Gastroenteritis	___
Bronquitis	___	Meningitis	___	Resfríos frecuentes	___
Sinusitis	___	Otitis	___	Conjuntivitis	___
Anginas	___	Otros (especificar) ___			

Enfermedades relacionadas con la alimentación

(Diabetes, celiaquía, alergia a la lactosa, etc.)

2. Salud actual

Pregunta

Respuesta

¿Cómo es su salud actual? _____

¿Necesita cuidados especiales? _____



3. Toma medicamentos habitualmente por prescripción médica? Cual?

4. Otros datos significativos de salud

(Accidentes importantes, intervenciones quirúrgicas, antecedentes relevantes, etc.)

Observaciones generales:

DECLARACIÓN

Declaro que todos los datos consignados son veraces y se corresponden con la realidad.

FIRMAS

Firma del padre

Firma de la madre

Aclaración y DNI (padre)

Aclaración y DNI (madre)
