|  |
| --- |
| **GRADO AL QUE POSTULA** |
|  |



*“Adoremos a Dios en Espíritu y en verdad”*

**FICHA PSICOLÓGICA**

**DEL ALUMNO**

 Niño Madre Padre

 Niño (a) Papá Mamá

1. **DATOS PERSONALES DEL NIÑO (a):**

|  |
| --- |
| Nombres:  |
| Apellidos: |
| Lugar de nacimiento:  |
| Fecha de nacimiento:  | Edad al día de hoy: |
| Centro Educativo de procedencia:  |
| Último grado que cursó ahí:  |
| **Persona que llena la presente ficha:**  | Parentesco:  |

1. **DATOS DE LA FAMILIA**

|  |
| --- |
| ¿Con quiénes vive el niño?  |
| ¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo?  |
| ¿Quién o quiénes se dedican a la crianza?  |
| ¿Cómo es la relación con papá?  |
| ¿Cómo es la relación con mamá?  |
| ¿Cómo es la relación con los hermanos?  |
| ¿Ha tenido mudanzas? ¿Cuántas veces?  |
| Describa cómo es un día cotidiano en la vida de su hijo desde la mañana hasta la noche: |
|  | **PAPÁ** | **MAMÁ** |
| Nombre |  |  |
| Edad |  |  |
| Lugar y fecha de nacimiento |  |  |
| Ocupación |  |  |
| Centro de Trabajo |  |  |
| Horario de trabajo |  |  |
| Teléfono de trabajo |  |  |
| Celular |  |  |
| Correos electrónicos |  |  |

|  |
| --- |
| **HERMANOS** |
| Nombre | Edad | Grado de Instrucción | Centro de estudios | ¿Vive con el niño? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **ESTADO ACTUAL DE LOS PADRES. Marcar**

Casados ( ) Conviven ( ) Separados ( ) Divorciados ( )

No viven juntos ( ) Otros ( )

|  |
| --- |
| ¿Alguno de los padres se ha vuelto a casar, tiene otra relación u otros hijos?. Explicar: |

1. **HISTORIA DEL NIÑO**

**EMBARAZO Y PARTO**

|  |
| --- |
| ¿Fue planificado? Explicar:  |
| Estado emocional de la madre:  |
| ¿Hubo alguna complicación en el embarazo, de qué tipo?  |
| ¿Cuánto tiempo duró el embarazo?  |
| ¿Por qué se adelantó? |
| Tipo de parto:  | Motivo: |
| Peso al nacer:  | Talla al nacer: |
| **Información adicional pertinente:**  |

1. **DESARROLLO**

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿A qué edad levantó la cabeza?  | ¿A qué edad se sentó? |
| ¿A qué edad gateó?  | ¿A qué edad caminó? |
| ¿Es diestro o zurdo?  | ¿Tiene familiares zurdos o ambidiestros, quiénes? |
| Habilidades o limitaciones motoras que tiene o ha tenido:  |
| Si tuvo dificultades, ¿Cómo las fue superando?  |
| **Si tiene dificultades actualmente, ¿Qué hacen al respecto?**  |

**DESARROLLO DEL LENGUAJE**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿A qué edad balbuceó?  | ¿A qué edad dijo sus primeras palabras? |
| ¿Se habla más de un idioma en casa?  | ¿Quiénes lo hacen? |
| Habilidades o limitaciones que tiene o ha tenido:  |
| Si tuvo dificultades, ¿Cómo las fue superando?  |
| **Si tiene dificultades actualmente, ¿Qué hacen al respecto?**  |

1. **FORMACIÓN DE HÁBITOS**

**ALIMENTACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuánto tiempo tomó leche materna? | ¿Por qué? |
| ¿Cómo fue el destete?  |
| ¿Cuánto tiempo tomó fórmula? | ¿Por qué? |
| ¿Desde cuándo tomó en biberón y hasta qué edad? |
| ¿A qué edad le salió el primer diente?  | ¿Tiene algún problema dental, cuál? |
| ¿A qué edad comenzó a comer sólidos?  |
| ¿Qué alimentos rechaza? |
| ¿A qué tiene alergias?  |
| ¿Tiene problemas digestivos? ¿Cuáles?  |
| ¿Cuáles son sus horarios para comer?  |
| ¿Cómo come ahora (apetito, dificultades, ritmo, compañía)?  |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**CONTROL DE ESFÍNTERES**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Controla la orina?  | ¿A qué edad comenzó a enseñarle? |
| ¿De qué manera le enseñó?  |
| ¿Controla las heces?  | ¿A qué edad comenzó a enseñarle? |
| ¿De qué manera le enseñó?  |
| Edades en que ha dominado el control de esfínteres: Orina: Heces:  |
| ¿En algunas circunstancias ha habido retrocesos? ¿Cuándo?  |
| **¿Alguna vez observó u actualmente observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**SUEÑO**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿A qué hora se acuesta en época de colegio?  | ¿Y en vacaciones? |
| ¿Dónde duerme y con quién?  |
| ¿Quién le hace dormir? |
| ¿De qué manera le hacen dormir o con qué procedimiento?  |
| ¿Cómo duerme en la noche (tranquilo, inquieto, toda la noche, habla dormido, es sonámbulo, se levanta a alguna hora, tiene pesadillas o terrores nocturnos)? |
| ¿Se pasa a la cama de los padres? ¿Con qué frecuencia?  |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

1. **SALUD**

|  |
| --- |
| ¿Qué enfermedades ha tenido? y a qué edad (Infectocontagiosas, crónicas, etc)?  |
| ¿Ha tenido accidentes, golpes, caídas significativas, y a qué edad fueron?  |
| ¿Ha sido operado u hospitalizado por algo? ¿A qué edad?  |
| ¿A qué tiene alergia?  |
| ¿Qué tratamientos médicos ha recibido anteriormente? |
| ¿Qué tratamiento médico recibe en la actualidad? |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

1. **ASPECTO SOCIOEMOCIONAL**

|  |
| --- |
| Marcar algunas características concretas que podrían describir a su hijo: ( ) Tranquilo ( ) Retraído ( ) Inquieto ( ) Sociable ( ) Agresivo ( ) Alegre ( ) Obediente ( ) Apático ( ) Sumiso ( ) Líder ( ) Cariñoso ( ) Renegón ( ) Expresivo ( ) Tosco ( ) Otros:  |
| Con sus propias palabras, ¿Qué más podría decir de su niño?  |
| ¿Cómo reacciona su hijo frente a situaciones, personas y lugares nuevos?  |
| Temores que tiene:  |
| ¿Se chupa el dedo?  | ¿Se come las uñas? |
| ¿Orina en la cama? | ¿Llora de noche?  |
| ¿Suda excesivamente? | ¿Tiene tics, cuáles? |
| Hechos que influyan o hayan influido notablemente enu s estado emocional o su conducta: |
| Impresiones fuertes (pérdida de un ser querido, accidentes, sucesos inesperados, mudanzas, etc):  |
| ¿Cómo reacciona si se le niega algo?  |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**INDEPENDENCIA PERSONAL**

|  |
| --- |
| Marcar con un aspa lo que su niño logra hacer de manera autónoma:( ) Avisar que quiere ir al baño ( ) Pedir verbalmente lo que necesita ( ) Colaborar al vestirse( ) Vestirse ( ) Comer ( ) Bañarse ( ) Atenderse en el baño ( ) Jugar( ) Acostarse en la noche ( ) Hacer encargos en casa ( ) Ordenar sus juguetes ( ) Hacer compras sin ayuda ( ) Ir sin compañía a casa de amigos ( ) Caminar por el barrio( ) Tener responsabilidades rutinarias en casa ( ) Cumplir solo con sus tareas académicas  |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**DISCIPLINA**

|  |
| --- |
| ¿Quiénes se encargan de la disciplina?  |
| ¿A quiénes obedece? |
| ¿A quiénes no obedece? |
| ¿Cómo corrigen al niño?  |
| ¿Cómo lo castigan?  |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**JUEGO**

|  |
| --- |
| ¿Qué le gusta jugar?  |
| ¿Cuál es su juego favorito?  |
| ¿Cuál es su juguete favorito? |
| ¿Cómo juega?  |
| ¿Generalmente con quién o quiénes juega?  |
| ¿Puede jugar solo?  | ¿Puede jugar con otros niños? |
| **¿Alguna vez observó u observa dificultades en esta área? ¿Cuáles?**  |

**TERAPIAS**

|  |
| --- |
| ¿Asiste o ha asistido a alguna terapia? ¿De qué tipo?  |
| Motivo: |
| ¿Cuándo fue y con qué frecuencia?  |
| ¿Continúa en terapia?  |

1. **ESCOLARIDAD**

|  |
| --- |
| **Centros educativos anteriores a los que ha pertenecido el niño****(Por orden de antigüedad)** |
| **Año** | **Grados** | **Colegios** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ¿Alguna vez observó u observa dificultades en su hijo en el aspecto académico?  |
| ¿Qué tipo de dificultades?  |
| ¿Cuándo las notó? |
| ¿Su hijo ha repetido algún año?  | ¿Qué grado repitió? |
| Dificultades observadas en la relación con sus compañeros:  |
| Dificultades observadas en la relación con sus maestros:  |
| ¿Qué le comentaban de su hijo los profesores? |

1. **MOTIVO DE CAMBIO DE COLEGIO**

|  |
| --- |
|  |

1. **¿CÓMO SE ENTERÓ DEL COLEGIO Y POR QUÉ LO ESCOGIÓ COMO ALTERNATIVA?**

|  |
| --- |
|  |

1. **¿COMO PADRE/MADRE DE FAMILIA QUÉ ES LO QUE ESPERA DE NUESTRO COLEGIO?**

|  |
| --- |
|  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Padre Firma de la Madre

***¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!***