|  |
| --- |
| **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!***