



① **SOLICITUD PARA EXAMEN
DE ADMISIÓN**

FOTO

Fecha de solicitud _____

Nombre _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Sexo (M) (F) Nacionalidad _____ Religión: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Años Meses

Grado que cursa _____ Grado que cursará _____

Escuela de procedencia _____

Dirección y teléfono de escuela anterior _____

Promedio del ciclo inmediato anterior _____ Promedio parcial actual _____

Datos de la madre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

Datos del padre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

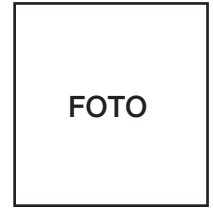
¿Algún familiar estudia o labora en el Instituto? SI NO Especifique _____

Recibí y acepto el Reglamento de Admisión.

Nombre y firma del padre o tutor



② HOJA DE DATOS MÉDICOS



Fecha de solicitud _____

Estimado padre de familia:

La salud e integridad física de su hijo (a) es primordial para nosotros. Es muy importante que cada niño tenga control médico con su pediatra para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe al niño a la escuela si presenta fiebre, malestar estomacal o gripe. Por favor especifique los datos que se solicitan y mantenga actualizados los teléfonos de emergencia para dar una oportuna atención. Gracias por su apoyo.

Dra. Ma. Del Pilar Zavala G.
Servicio Médico Escolar

I. DATOS GENERALES

Nombre del niño (a) _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Día Mes Año Años Meses

Sexo _____ Peso _____ Grupo Sanguíneo _____ Estatura _____

Grado _____ Grupo _____ Ciclo escolar _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Celular _____ Otro teléfono _____



3

Nombre de la madre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Celular _____ Otro Teléfono _____

En caso de emergencia y no localizar a los padres avisar a:

Nombre completo _____ Parentesco _____

Con domicilio en _____

Teléfono (s) _____ Celular _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc.)

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad actual _____

Tratamiento _____

Alergias SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Medicamentos _____ Alimentos _____

Otros _____

IV. ANTECEDENTES PERINATALES

Describa los siguientes datos:

Complicaciones en el embarazo y/o parto _____

Trastornos congénitos _____

Trastornos del lenguaje _____ ¿Recibe tratamiento? _____

Restricciones para realizar alguna actividad _____

Alteraciones en la agudeza visual _____

Alteraciones en la agudeza auditiva _____

Problemas ortopédicos _____

Alteraciones en la postura _____

¿Utiliza algún tipo de prótesis? _____

V. ALTERACIONES ESPECÍFICAS

Especifique si el niño padece alteraciones en alguna de las siguientes áreas

NEUROLÓGICA _____

DERMATOLÓGICA _____

CARDIOVASCULARES _____

GASTROINTESTINALES _____

PULMONARES _____

UROLÓGICAS _____

Describa si el niño tiene los siguientes antecedentes _____

Quirúrgicos _____

De fractura _____

Traumatismos _____

Transfusiones _____

¿Padece infecciones frecuentes? SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Oculares () Oídos () Vías respiratorias () Gastrointestinales ()

Genitourinarias () Micosis () Otras _____



④ ¿Tiene su cuadro de inmunizaciones completo? SI () NO ()

VI. USO DE MEDICAMENTOS

Describe el nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente

Por enfermedad _____

Preventivos _____

Vitaminas _____

Otros _____

Especifique el nombre y dosis de los siguientes medicamentos autorizados por su pediatra.

Medicamento de uso en caso de fiebre _____

Medicamento de uso en caso de dolor abdominal _____

Medicamento de uso continuo o diarios, diferentes a los anteriores _____

¿ SE AUTORIZA EL USO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS EN LA ESCUELA? SI () NO ()

Nombre y teléfono del pediatra del niño _____

Observaciones _____

Nota: El Instituto cuenta con seguro de accidentes, pero es indispensable que el alumno (a) se presente el mismo día del accidente para brindarle el servicio.

Nombre y firma del padre

Nombre y firma de la madre



5 CUESTIONARIO DE DESARROLLO EN EL NIÑO PREESCOLAR

Antecedentes escolares

El niño nunca ha asistido a escuela ()

El niño anteriormente asistió a _____ Guardería () Otra escuela ()

¿Desde qué edad? _____ ¿En qué horario? _____

Si no asiste a escuela ¿quién se hace cargo del (la) niño (a)? _____

Características del embarazo

Normal () Con problemas () Especifique _____

Características del parto

Normal () Con problemas () Especifique _____

Resultado de la evaluación APGAR _____ Tipo de sangre _____ RH _____

Lactancia

Pecho () ¿Cuánto tiempo? _____

Biberón () Desde la edad de _____ Hasta la edad de _____

¿El niño presenta alguna enfermedad crónica?

No () Si () Especifique _____

¿Desde qué edad? _____

¿Qué tratamiento tiene? _____

¿Presenta alguna discapacidad?

No () Si () Especifique _____

¿Desde qué edad? _____

Usa prótesis auditiva () Ortopédica () Lentes () Silla de ruedas ()

Describa si el niño recibe algún tipo de terapia y desde qué edad?

¿Tuvo algún accidente que requirió revisión médica u hospitalización?

No () Si () Especifique _____

¿Desde qué edad? _____

En caso de hospitalización ¿Cuánto tiempo? _____

Enfermedades que ha padecido: _____

Varicela () Rubéola () Escarlatina () Hepatitis () Tifoidea ()



6

Paperas () Tos ferina () Otras _____

Es alérgico a:

Nada () Alimentos () Medicamentos ()

Otros () _____

Lenguaje

¿A qué edad dijo su primera palabra? _____

¿A qué edad ya lograba expresar frases con sentido? _____

¿Tiende a utilizar lenguaje infantilizado? (hablar como bebé) Si () No ()

¿Tiende a expresarse sólo con molosílabos? Si () No ()

¿Logra expresar lo que desea utilizando el lenguaje hablado? Si () No ()

¿Logra darse a entender con personas que no lo conocen? Si () No ()

Observaciones sobre el lenguaje _____

Especifique la edad en la que el niño:

Logró sostener su cabeza _____

Gateó _____

Caminó sin apoyo _____

Controló esfínteres en el día _____

Controló esfínteres en la noche _____

Durmió solo _____

Comió solo _____

Se empezó a vestir solo _____

Logró correr _____

Subir escalera alternando los pies _____

Brincar con ambos pies _____

Brincar con un pie _____

Logro pedalear el triciclo _____

Colorear _____

Recortar _____

¿Qué mano utiliza preferentemente el niño? _____

¿Qué pie utiliza para brincar “de cojito”? _____

Sueño

¿A qué edad el niño durmió la noche completa por primera vez? _____

¿Con quién duerme generalmente el niño? _____

Horas que duerme en promedio _____ Horario de sueño _____



7

Si regularmente toma siesta describa el horario _____

¿Habla dormido? Si () No ()

¿Moja la cama? Si () No () ¿Con qué frecuencia? _____

¿Rechina los dientes al dormir? Si () No ()

¿Se levanta de la cama dormido? Si () No ()

¿Tiene pesadillas frecuentes? Si () No ()

¿Requiere de algún objeto o manta para dormir? Si () No ()

Alimentación

¿Cuántas veces come al día? _____

¿A qué hora desayuna generalmente? _____

¿En qué consiste generalmente su desayuno? _____

¿Tiene alguna dificultad para comer? Especifique _____

Juego y socialización

¿Cuál es su juego favorito? _____

¿Cuál es su juguete preferido? _____

¿Con qué frecuencia convive con niños de su edad? _____

¿Cuántas horas al día pasa viendo algún programa de televisión? _____

¿Cuáles son sus programas favoritos? _____

¿Qué actividades realiza regularmente los fines de semana? _____

¿Cómo es la interacción del niño con otros pequeños de su edad? _____

Describe un día de actividad normal entre semana _____



8

Familia

Estado civil de los padres _____

Casados () Divorciados () Unión libre () Viudo (a) ()

¿Cuántos hermanos tiene el niño (a) _____

¿Escriba el nombre y la edad de los hermanos _____

Describe con qué personas vive el niño (a) _____

¿Qué tan frecuentemente hace berrinches? _____

¿Obedece y sigue indicaciones fácilmente? _____

¿Colabora con alguna tarea domestica? ¿Cuál? _____

Describe el carácter de su hijo _____

Nombre y firma de la madre

Nombre y firma del padre

Entrevistó