

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

DOCUMENTOS	OK
1. Llenar la solicitud de inscripción.	<input type="checkbox"/>
2. Fotocopia del acta de nacimiento.	<input type="checkbox"/>
3. Fotocopia de la cartilla de vacunación. (actualización de cada vacuna)	<input type="checkbox"/>
4. Certificado médico especificando tipo de sangre, peso y talla	<input type="checkbox"/>
5. Resultados de los análisis de control (a partir de los 6 meses):	<input type="checkbox"/>
a. Exudado faríngeo con antibiograma	<input type="checkbox"/>
b. Coproparasitoscópico serie de 3.	<input type="checkbox"/>
6. Tres fotos tamaño infantil del alumno(a).	<input type="checkbox"/>
7. Dos fotos tamaño infantil de los padres.	<input type="checkbox"/>
8. Dos fotos tamaño infantil de 3 personas autorizadas a recoger al alumno(a).	<input type="checkbox"/>
9. Fotocopia de la ID. Oficial de los padres.	<input type="checkbox"/>
10. Fotocopia de la ID. Oficial de las personas autorizadas a recoger al alumno(a).	<input type="checkbox"/>

ARTÍCULOS PARA EL PRIMER DÍA DE CLASES

1. Pañales, toallitas húmedas y pomada para rozadura
2. Fórmula
3. Baberos y/o trapitos
4. Mudas de ropa completas
5. Cepillo de dientes, pasta y vaso (A partir de MATERNAL 1)
6. Sábana o cobija delgada y cobija gruesa
7. Tempra o Tylenol o Motrin o Cataflam o Neomelubrina (indicar dosis)
8. 1 Caja de Kleenex
9. Biberones y/o vasos entrenadores limpios diariamente

Nota: Todos los artículos tienen que estar marcados con el nombre o iniciales del alumno(a).

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

Fecha de ingreso		Horario del alumno	
------------------	--	--------------------	--

DATOS GENERALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Sexo		Edad	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Domicilio			
Teléfono casa		Religión	
Nombre del Pediatra			
Nacionalidad		Teléfono	
Teléfono de Emergencia			
Personas autorizadas a recoger al bebé		Teléfono	Parentesco

DATOS MADRE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Empresa donde labora		E-mail	
Puesto		Teléfono celular	
Teléfono(s) oficina		Religión	
Escolaridad		Nacionalidad	
¿Existe alguna enfermedad congénita en la familia paterna?, en caso afirmativo ¿Cuál?			

DATOS PADRE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Empresa donde labora		E-mail	
Puesto		Teléfono celular	
Teléfono(s) oficina		Religión	
Escolaridad		Nacionalidad	
¿Existe alguna enfermedad congénita en la familia paterna?, en caso afirmativo ¿Cuál?			

HERMANOS	
Nombre	
Edad	Grado
Nombre 2	
Edad 2	Grado2
Nombre 3	
Edad 3	Grado 3
¿Alguno de ellos padece alguna capacidad física o mental diferente?	

ESTADO DE LOS PADRES			
Casados		Unión libre	
Divorciados		Madre/ padre soltero	
Vuelto a casar		Viudo	
¿Número de hijos con pareja actual?			
¿Cuántos años llevan de casados?			
¿Ha habido separación conyugal teniendo ya al niño?			
¿Por motivo de trabajo?		¿Por motivos de salud?	
¿Por fracaso en la relación?		¿Por cuánto tiempo?	

HISTORIAL PRENATAL	
¿Cuál fue el estado de ánimo de la madre durante el embarazo?	
¿Fue un embarazo deseado por padre y madre?	
Número de embarazos:	
¿Alguna enfermedad o complicación durante el embarazo?	
¿Necesitó medicamentos? ¿Cuáles?	
¿Cuánto duró el tratamiento?	
¿Cuánto tiempo duró la gestación?	
¿Hubo alguna forma de estimulación in utero?	¿Cuál?

TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO			
Parto Natural		Cesárea	
¿Se utilizaron forceps?		Presentación de pies	
Calificación Apgar		Presentación de nalgas	
Peso al nacer:		Talla:	
Estuvo en incubadora o en algún tratamiento al nacer? Explique:			
Duración del Parto		¿Le aplicaron anestesia general?	
¿Hubo lactancia materna desde el 1er día?			
¿A qué edad se le introdujeron otros alimentos?			
¿A qué edad se le retiró el seno materno?			
¿Se presentó alguna complicación materno-infantil durante el parto o cesárea? ¿Cuál?			
¿Requirió de estancia en la incubadora?			
¿Requirió de reanimación cardiovascular o intubación orotraqueal?			

DESARROLLO MOTOR (1 A 3 AÑOS)

Se mantiene sentado sin ayuda	¿A partir de qué edad?		
Gatea	¿A qué edad?		
Se sostiene parado con ayuda	¿A qué edad?		
Camina	¿A qué edad?		
Habla	¿A qué edad?		
¿Sufre de alguna discapacidad física?	Si	No	
¿Cuál?	Habla	Vista	Oído
	Control Muscular	Otro	
Desarrollo motor	Retrasado	Normal	Avanzado
Coordinación General	Pobre	Suficiente	Buena
Equilibrio General	Pobre	Suficiente	Bueno
¿Tiene facilidad para alguna disciplina artística?	¿Cuál?		
¿Practica algún Deporte?	¿Cuál?		
¿Comprende lo que se le dice?	Sí	No	
¿Se da a entender con otros?	¿Cómo?		

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES (1 A 3 AÑOS)

MARCA CON UNA PALOMITA			
	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Compartido			
Amigable			
Perseverante			
Paciente			
Expresivo			
Extrovertido			
Líder			
Vulnerable			
Responsable			
Sincero			
Leal			
Autosuficiente			
Creativo			
Curioso			
Colaborativo			

DATOS DE ADOPCIÓN (EN SU CASO)

¿A qué edad lo adopto?	
¿Se adaptó al nuevo hogar?	
¿Cuánto tiempo tardó en adaptarse?	
¿Tiene hermanos?	
¿Cuántos?	

RUTINA DIARIA

Sueño durante el día	Horario		
	Posición		
Sueño por la noche	Horario		
	Posición		
Hábitos de alimentos	Horarios	¿Quién le suele preparar los alimentos?	
		¿Quién le suele suministrar los alimentos?	
Toma de leche	Horarios	Cantidad	Tipo de Leche
Cuidados en el cambio de pañal			

CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL PEQUEÑO

¿Quién más vive en casa?			
¿Con quién convive el alumno al salir de la escuela?			
¿Edad en meses a la cual le brotó su primer diente?			
¿Padece alguna anomalía del sueño (llanto nocturno, pesadillas, insomnio, etc.)?			
¿Con quién duerme?		¿En qué duerme?	
¿A qué hora se va a dormir?		¿A qué hora se despierta?	
Nivel de actividad de día:	Alto	Medio	Bajo
¿Controla ambos esfínteres durante el día?		¿Controla ambos esfínteres por la noche?	
Si	No	Si	No
¿Recibe exclusivamente seno materno?		¿Actualmente está bajo algún tratamiento?	
¿Recibe seno materno y otros alimentos?		¿Por qué?	
¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?		¿Cuál?	
¿Con qué preparación?		¿Es alérgico a algún medicamento?	
		Si	No
		Mencionar tratamiento:	
		Enfermedades relevantes en la salud del niño	
		Accidentes relevantes	
		Operaciones	

HABILIDADES CONDUCTUALES (1 A 3 AÑOS)

MARCA CON UNA PALOMITA

	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Se sabe lavar las manos			
Juega con otros niños			
Prefiere jugar solo			
¿Come solo?			
¿Puede ir al baño solo?			
¿Se sabe lavar los dientes?			
¿Avisa sus necesidades?			
¿Trata de resolver solo sus necesidades?			

Mencione las actividades que realiza con más frecuencia en un día normal:

Mencione las actividades que más le gustan:

Mencione las actividades que más le desagradan:

ADAPTACIÓN Y DISCIPLINA EN EL HOGAR

Describa brevemente la relación con cada miembro de la familia:

Padre:

Madre:

Hermanos:

Otros:

Describa la adaptación social del niño con adultos y figuras de autoridad:

¿Cuánto tiempo ve la T.V. al día?

¿Tiene T.V. en su cuarto?

¿Quién se encarga de la disciplina del niño?

Padre

Madre

Los Dos

Otros

Describa los métodos que utilizan frecuentemente para manejar la disciplina:

Describa la respuesta del niño ante estos métodos:

¿Ha habido en la familia algún evento desafortunado durante el desarrollo del niño? ¿Cuál?

Agrega algún otro dato que considere importante que sepamos nosotros:

FIRMA PADRE

FIRMA MADRE