



## INSCRIPCIÓN

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

Plantel de procedencia: \_\_\_\_\_

**Apellidos y nombres de la madre:** \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Apellidos y nombres del padre:** \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Representante: \_\_\_\_\_

*En el caso de que la/el estudiante tenga un representante legal, favor traer copia del documento que así lo autorice.*

Idiomas que se hablan en la casa: \_\_\_\_\_

**NOTA: traer copia fotostática de la partida de nacimiento, certificado de vacunas y 4 fotografías de frente. Fotocopias de las cédulas de la madre y el padre.**

Fecha de la inscripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

Personas adicionales a quienes notificar en caso de emergencia y autorizadas para retirar al niño o niña, además de los padres:

1.- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2.- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3.- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4.- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

5.- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos Médicos para casos de emergencia:**

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Medicamentos prohibidos: \_\_\_\_\_

Precauciones que deben tomarse: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

En casos de emergencia, siempre y cuando no se hayan podido localizar a ninguna de las personas aquí señaladas, la Directora podrá actuar según su criterio en beneficio de la/el estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

C.I N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

C.I N° \_\_\_\_\_

Nota: \* En caso de venir a retirar a la/el estudiante una persona distinta de las señaladas arriba, debe traer autorización por escrito firmada por la madre o el padre. **Gracias.**

## INFORMACIÓN ANEXA PARA EL NÚCLEO PSICOEDUCATIVO

Apellidos y nombres de la/el estudiante: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Vacunas: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue el embarazo?: \_\_\_\_\_

¿Al momento del nacimiento presentó problemas de cambio de sangre, asfixia, fórceps? \_\_\_\_\_

¿A qué edad habló?: \_\_\_\_\_ ¿A qué edad caminó?: \_\_\_\_\_

¿Notó algún aspecto significativo en su primer año?: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra bajo algún tratamiento médico?: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicina?: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizada/o? ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

¿Sangra por la nariz con frecuencia?: \_\_\_\_\_

¿Sufre de fiebres altas o convulsiones?: \_\_\_\_\_

¿Sufre frecuentemente estados gripales o anginas?: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica/o a alguna medicina? ¿A cuál?: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica/o a picaduras de insectos? ¿A cuál?: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica/o a algún alimento? ¿A cuál?: \_\_\_\_\_

¿Considera a su hija/o nerviosa/o?: \_\_\_\_\_

¿Se marea al hacer algún ejercicio o actividad?: \_\_\_\_\_

¿Ha perdido alguna vez el conocimiento?: \_\_\_\_\_

¿Ha notado algún problema visual?: \_\_\_\_\_ ¿auditivo? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna enfermedad hereditaria en la familia?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de hábitos orales tales como:

¿Succiona los dedos?: \_\_\_\_\_ ¿Se muerde los labios?: \_\_\_\_\_

¿Succiona la lengua?: \_\_\_\_\_ ¿Respira por la boca?: \_\_\_\_\_

¿Se come las uñas?: \_\_\_\_\_ ¿Cruje los dientes?: \_\_\_\_\_

¿Utiliza chupón?: \_\_\_\_\_ ¿Toma tetero?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema ortopédico?: \_\_\_\_\_

¿Quisiera usted comentar sobre algún otro aspecto del desarrollo de la  
niña/o? \_\_\_\_\_

¿Cómo la/lo definiría usted?: \_\_\_\_\_

¿Es obediente?: \_\_\_\_\_ ¿Es independiente?: \_\_\_\_\_

¿Muestra signos de agresividad?: \_\_\_\_\_ ¿Qué lugar ocupa en la familia?: \_\_\_\_\_

Observaciones de la madre o padre: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del representante

**NOTA:** Este cuestionario extenso es con el objetivo de brindar mejor orientación al estudiantado.