



American Institute of Monterrey
Departamento de Admisiones

Ficha de Identificación
Development 1 - 5



Foto

Día Mes Año

DATOS GENERALES

Nombre del estudiante _____

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento día _____, mes _____, año _____

Edad _____

Lugar de nacimiento _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre (o tutor)

Madre (o tutora)

Nombre _____

Edad _____

Edo. Civil _____

Ocupación _____

Edo. de salud _____

Dirección _____

Teléfono (casa/oficina) _____

Celular _____

Correo electrónico _____

Años de casados _____

Número de hijos _____

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Edo. Civil	Vive en Casa

Otras personas o parientes que vivan en la casa

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Edo. Civil	Parentesco

ANTECEDENTES PRENATALES Y NATALES

Edad de la madre al nacer el niño (a) .. _____

Edad del padre al nacer el niño (a) _____

Durante el embarazo, ¿Estuvo usted bajo cuidado médico? Sí No

¿Porqué? _____

Hábitos de la madre: Alcohol _____ Tabaco _____

Hábitos del padre: Alcohol _____ Tabaco _____

Durante el embarazo tuvo usted:

Alguna enfermedad seria _____

Usaron medicamentos _____

Rubeola

Sarampión

Hemorragias

Amenaza de aborto

Contracciones Prematuras

Diabetes

Presentó alta presión

Otras _____

¿Fue prematuro? Sí No ¿Cuántas semanas duró el embarazo? _____

¿Cómo fue el parto? _____

¿Se aplicó anestesia? Sí No ¿Cuál? _____

¿Se aplicó forceps? Sí No ¿Por qué? _____

Cesárea ¿Por qué? _____

Múltiple

¿Nació de pies? Sí No

¿Lloró al nacer? Sí No

¿Tuvo problemas para respirar? _____

Peso al nacer _____

Defectos o malformaciones físicas: Sí No ¿Cuáles? _____

¿Fue dado (a) de alta junto con la madre? Sí No ¿Por qué? _____

¿Se alimentó al seno materno? Sí No

¿Se alimentó con fórmula? Sí No

¿Permaneció en incubadora? Sí No ¿Cuánto tiempo? _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

En las siguientes preguntas trate de dar una edad aproximada.

¿Edad en que sonrió a los padres? _____

¿Edad en que se sentó solo? _____

¿Edad en que gateó? _____

¿Edad en que se paró solo? _____

¿Edad en que caminó solo? _____

¿Edad en que empezó a hablar? _____

¿Edad en que comió solo? _____

¿Edad en que dejó de orinar y defecar en la ropa?

Durante el día _____

Durante la noche _____

¿Edad en que se vistió solo? _____

¿Edad en que se bañó solo? _____

¿Era un bebé afectuoso? Sí No

Es zurdo (a) Diestro (a)

Es bien coordinado (a) Es torpe

¿Ha padecido alguna enfermedad de los oídos? Sí No _____

Presenta deficiencias visuales: Sí No _____

American Institute of Monterrey

¿Hace berrinches? Sí No ¿Se le va el aire? Sí No

¿Es agresivo (a)? Sí No ¿Es destructivo (a)? Sí No

¿Es demasiado inquieto (a) .. Sí No ¿Desde que edad? _____

¿Es demasiado tranquilo (a) . Sí No

¿Es terco (a)? Sí No

¿Presenta miedos intensos y frecuentes? Sí No ¿Cuáles? _____

HISTORIA ESCOLAR

Escuela de procedencia _____

Dirección _____

Antecedentes escolares (Kinders y/o escuelas a las que ha asistido)

Nombre de la Escuela	Grado	Fecha

Rendimiento escolar: Excelente Bueno Regular Malo

Subraye la respuesta.

• Según sus observaciones, las habilidades intelectuales de su hijo (a) se encuentran:

a) Arriba de lo normal b) Normal c) Normal bajo d) No sé

• Durante el tiempo que el estudiante ha estado en la escuela, le han reportado:

- a) Problemas de adaptación
- b) Problemas de Lenguaje
- c) Problemas de coordinación motora fina o gruesa
- d) Problemas de atención
- e) Problemas socio - emocionales

• El estudiante ha estado en:

a) Ayuda profesional externa Sí No

¿Por qué? _____

Lugar: _____

Nombre de terapeuta: _____

• El personal del colegio ha reportado que durante el presente año escolar el estudiante:

- a) Se adapta a los compañeros b) No se adapta
c) Le gusta la escuela d) Se resiste a la escuela

¿Tiene amigos? _____

FACTORES DE PERSONALIDAD Y DE CONDUCTA

• ALIMENTACIÓN

Peso actual _____ Estatura actual _____
Come bien _____ Come poco _____
Come demasiado _____ Vomita _____
Otros _____

• SUEÑO

Duerme bien _____ Duerme demasiado _____
Duerme tranquilo _____ Problemas para conciliar el sueño (insomnio) _____
Pesadillas _____ Habla o grita en sueños _____
Sonambulismo _____ Miedo a dormir en la oscuridad _____
Duerme con los padres _____ Duerme con los hermanos _____
Duerme solo _____ Duerme siesta _____

• ELIMINACIONES

Diarreas frecuentes _____ Estreñimiento habitual _____

• MANIAS O TICS (que constituyan un rasgo predominante en el estudiante)

Se come las uñas _____ Se chupa el dedo ... _____
Se jala el pelo _____ Muecas faciales _____
Dedos en la nariz _____
Otros _____

• AREA AFECTIVA

- ¿Cómo es la relación con sus hermanos? _____
 - ¿Cómo es la relación con su papá? _____
 - ¿Cómo es la relación con su mamá? _____
 - ¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo? _____
 - ¿Quién se hace cargo de él o ella? _____
 - ¿Cómo se relaciona con personas adultas? _____
 - ¿Cómo se relaciona con sus compañeros? _____
 - ¿Establece contacto visual cuando se comunica? _____
 - ¿Expresa abiertamente sus deseos? _____
 - ¿Participa voluntariamente en actividades de casa? _____
 - ¿Participa con iniciativa y disfruta de actividades sociales con personas de su misma edad? _____
-

FACTORES SOCIO-MORALES

Describe brevemente la disciplina que se sigue en casa. _____

¿Cómo responde el estudiante:

- a) A la disciplina en casa y fuera de ella? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- b) A la autoridad en general? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

AREA DE INTERESES Y HABILIDADES ESPECIALES

Favor de llenar la siguiente información que nos servirá para conocer el potencial y las áreas de oportunidad de su hijo(a) para seguir desarrollándolas y ayudarlo (a) a mantenerlas.

- Describa alguna indicación temprana de habilidades o talento sobresaliente que haya notado en su hijo(a).

- Anote hobbies o pasatiempos del:

Padre: _____

Madre: _____

Hijo(a): _____

- Clases particulares extra-escolares de su hijo(a).

Tipo	Fechas o edad de inicio	Duración
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Actividades Familiares que practican juntos: _____

- Pasatiempos y colecciones que más disfruta su hijo(a) cuando está

solo(a): _____

en grupo: _____

- Tipo de amigos que selecciona (sexo, edad): _____

- Idiomas que hablan uds.: _____, su hijo(a): _____

- ¿Es su hijo(a) miembro de algún club o grupo? Sí No . ¿Cuáles actividades desarrolla su hijo(a) en este aspecto? _____

- Describa los talentos y destrezas especiales que tenga su hijo(a) en cualquier área.

Cuáles

Apoyo que recibe para desarrollar

- Problemas o necesidades especiales que tenga su hijo(a) en la casa:

- ¿Cómo convive el niño(a) con los demás miembros de la familia ?

- ¿Qué actitud tiene su hijo (a) hacia la escuela?

- Según usted, ¿cuáles son las necesidades escolares de su hijo(a)?

- Otros comentarios sobre su hijo(a):
