

De composición y organización familiar

Separación de los padres: No Sí, año: _____
 Divorcio de los padres: No Sí, año: _____

El padre vive con el postulante: No Sí

La madre vive con el postulante: No Sí

Nota: si alguno de los padres trabaja fuera de la ciudad pero vuelve al hogar periódicamente, debe marcar "SI"

¿Alguien más vive con el postulante en el hogar (aparte de padre, madre, hermanos)?

Apellidos y Nombres	Edad	Parentesco / afinidad	Ocupación

¿Quién acompaña al estudiante fuera del horario escolar?

Situación de vivienda Vivienda Propia Vivienda de familia materna Otra (especifique) _____
 Vivienda Alquilada Vivienda de familia paterna

3. Antecedentes de Salud del Postulante:

PRE NATAL Y POST NATAL (Primeros años)

Embarazo: Normal Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____
 Gestación en meses: _____ Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____
 Parto: Normal Cesárea Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____
 Peso al nacer: _____ kg Talla al nacer: _____ cm
 Primeros años: Gateó: No Sí, edad: _____
 Edad en la que dio sus primeros pasos: _____
 Lenguaje comprensible al: 100% 75% 50% 25% Aún no habla
 Dejó el pañal de día: No Sí, edad: _____
 Dejó el pañal de noche: No Sí, edad: _____

OTROS

Salud en la infancia (Marque las enfermedades que padeció):

Paperas Rubéola Varicela Sarampión Hepatitis Tifoidea

Alergias a alimentos, medicinas (especifique) _____

Problemas visuales: No Sí, especifique: _____ Tratamiento _____

Problemas auditivos: No Sí, especifique: _____ Tratamiento _____

Convulsiones No Sí, Causa - Tratamiento: _____

Otras _____

Accidentes, traumatismos	Edad	Reacción - Tratamiento

Intervenciones quirúrgicas - Motivo	Edad	Reacción - Tratamiento

Atención Neurológica - Motivo	Edad	Tratamiento

Atención psiquiátrica o psicológica - Motivo	Edad	Tratamiento

Tics ¿Cuál?	Edad	Tratamiento	¿Continúa?
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

DIFICULTADES EN EL SISTEMA NERVIOSO.

¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?

Síntoma	Edad	Motivo	Tratamiento		¿Cuál?
			SÍ	NO	
Mareos /perdida equilibrio					
Dolores de cabeza					
Otros: (especifique):					

DIFICULTADES EN EL SISTEMA DIGESTIVO.

¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?

Síntoma	Edad	Motivo	Tratamiento		¿Cuál?
			SÍ	NO	
Frecuente dolor de estómago					
Vómitos					
Otros: (especifique):					

DIFICULTADES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO.

Indique si tuvo enfermedades respiratorias, bronquiales, pulmonares (Considere el "asma" si tuvo o tiene)

Tipo de Enfermedad	Edad	Tratamiento

DIFICULTADES DEL LENGUAJE Y/O APRENDIZAJE

(considere tartamudez si la tuvo o tiene)

Dificultad	Edad	Tratamiento

DIFICULTADES EN EL ÁREA MOTORA

¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?

Síntoma	Edad	Motivo	Tratamiento		¿Cuál?
			SÍ	NO	
Inestabilidad motriz					
Espasmos (contracción involuntaria en músculos)					
Dificultad manual					
Problemas en la coordinación motora fina					
Alguna característica particular que le dificulte realizar actividades físicas					

Necesidades Educativas Especiales.

¿Su hijo presenta alguna necesidad educativa especial? **SÍ** **NO** .

Si su respuesta es "sí" marque la que corresponda en el recuadro de abajo y complete la información solicitada.

Necesidad Educativa Especial está asociada a:	Signos que lo evidencian
<input type="radio"/> Discapacidad sensorial visual o auditiva	
<input type="radio"/> Discapacidad física o motora	
<input type="radio"/> Talento o Superdotación	
<input type="radio"/> Trastornos de comportamiento	
<input type="radio"/> Retraso Intelectual	
<input type="radio"/> Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	
<input type="radio"/> Autismo y/o Asperger	
<input type="radio"/> Otra (especifique)	

4. **Hábitos.**

SUEÑO

¿A qué hora duerme por las noches? _____ ¿A qué hora se despierta por las mañanas? _____

Horas diarias de sueño aproximadas: _____

¿Duerme solo en su dormitorio? Sí No, duerme con _____

- Suele tener: Pesadillas Terror nocturno Sonambulismo Somnolencia durante el día
 Insomnio Habla dormido Rechina los dientes Exceso de sueño cuando duerme
 Temor a la oscuridad

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, OCIO, DESCANSO, OTROS

¿Tiene buen apetito? Sí No ¿A qué horas come usualmente? _____

Tiempo aproximado que ve televisión diariamente _____

¿Qué programas prefiere? _____

Tiempo aproximado y frecuencia de uso de video-juegos _____

Tiempo aproximado y frecuencia de uso de internet _____

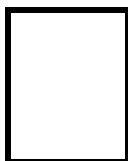
qué páginas o sitios suele visitar _____

Consigne aquí información adicional sobre el postulante que usted crea importante para conocer su contexto familiar y de desarrollo.

MUCHAS GRACIAS.

Firma del Padre

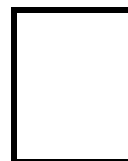
D.N.I. _____



Huella Digital

Firma de la Madre

D.N.I. _____



Huella Digital

Importante: La información vertida en este documento será tratada de manera confidencial y conforme a la Ley 29733 de Protección de Datos Personales y su Reglamento. Esta información tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que cualquier falta de veracidad en los datos proporcionados, invalida la solicitud de admisión y su proceso. Solo se tomarán en cuenta las solicitudes debidamente llenadas.