



Ficha de inscripción

Fecha de solicitud: _____ Tanda deseada: _____

Información personal del niño/a:

Nombres: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Tipo de Sangre: _____

Edad actual: _____ Sexo: M _____ F _____

Información personal de los padres:

Nombre de la madre: _____

Nacionalidad: _____ Cédula No.: _____

Dirección: _____

Profesión u oficio que realiza: _____

Tel. Casa: _____ Cel.: _____

Lugar de trabajo: _____ Tel. Ofi.: _____

E-mail: _____

Nombre del padre: _____

Nacionalidad: _____ Cédula No.: _____

Dirección: _____

Profesión u oficio que realiza: _____

Tel. Casa: _____ Cel.: _____

Lugar de trabajo: _____ Tel. Ofi.: _____

E-mail: _____

Información familiar

Los padres están:

Casados___ Separados___ Divorciados___

El/la niño/a vive actualmente con _____

Tiempo y días que pasa cada padre con el niño/a _____

La familia esta compuesta por:

Nombre	Edad	Parentesco

Datos médicos y ficha media:

Seguro Médico: _____ Número de afiliado: _____

Nombre del pediatra: _____

Tel.: _____ Tel. Cel.: _____

Clínica en que trabaja: _____

Especifique algún tipo de enfermedad que su niño/a padezca:

¿Cuáles enfermedades ha tenido el niño/a?

Convulsiones Sí _____ No _____ ¿A qué edad? _____. Desmayos Sí _____ No _____

¿Tiene alergias? Sí _____ No _____ ¿A qué? _____

¿Sigue tratamiento? _____

¿Tiene sus vacunas correspondientes? Sí _____ No _____.

¿Tiene su niño/a alguna condición previa que quiera especificar?

¿Ha sido evaluado por un profesional de la salud? Sí _____ No _____

Especifique nombre del profesional: _____

Evaluación realizada: _____

Alimentos prohibidos por indicación medica _____

Autorizo al centro a suministrar el medicamento correspondiente en caso de ser necesario: (Favor marcar con un cotejo)

Tylenol jarabe: ____ Winasorb jarabe: ____ Peptobismol: ____

Sertal gotas: ____ Thrombocid: ____ Cetirizina: ____

En caso de no conseguir a los padres autorizo al centro a llevar a mi hijo a la clínica más cercana y prestarle los primeros auxilios. Sí _____ No _____

Registro anecdótico del niño

Estimados padres:

Las informaciones suministradas en este formulario son estrictamente confidenciales, por lo que le rogamos ser lo más sincero posible a la hora de contestar.

Embarazo:

A término: _____ Prematuro: _____

Parto:

Natural: _____ Cesárea: _____

Lloro al nacer:

Sí _____ No _____

Describe como fue su embarazo, especifique cualquier dificultad.

Fue amamantado el niño:

Sí _____ No _____

Especifique el tiempo: _____

¿Por qué y cómo lo dejo? _____

Hábitos diarios:

Hora a la que se acuesta: _____

Hora a la que se levanta: _____

¿Duerme con sus padres? Sí _____ No _____.

¿Aceptó el cambio? _____

¿Qué recurso usan para dormirlo? _____

¿Uso bobo? Sí _____ No _____. ¿Hasta qué edad y como lo dejó?

¿Se chupa el dedo el niño (a)? Sí _____ No _____.

¿Cuántas horas diarias duerme en total el niño/a? _____

¿Duerme siesta? Sí _____ No _____. ¿A qué horas? _____

¿Duerme solo/a? Sí _____ No _____. ¿Con quién duerme? _____

¿Sabe comer solo? Sí _____ No _____ otro _____

¿Se orina en la cama? Sí _____ No _____ otro _____

Describe brevemente un día en la vida de su hijo.

Sentimientos y emociones:

Describe como es su niño:

¿Tiene miedos? Sí _____ No _____. Especifique

¿Le gusta ser el centro de atención? Sí _____ No _____. ¿Es tímido/a? Sí _____ No _____.

Sociabilidad:

¿Cuáles son sus actividades favoritas?

¿Le gusta el cine/ teatro/ fiestas? Sí _____ No _____.

¿Juega con otros niños? Sí _____ No _____. ¿De qué edades? _____

¿Juega con adultos? Sí _____ No _____.

¿Dónde le gusta jugar? _____

¿Duerme fuera de la casa? Sí _____ No _____. ¿Con quién y por qué?

Si tiene edad suficiente ¿Guarda sus juguetes cuando se le pide? Sí _____ No _____
otro _____

¿Le gusta ver televisión? Sí _____ No _____ ¿Cuántas horas al día? _____

¿Cuáles programas le gusta ver? _____

Actitud asumida por los padres ante la televisión:

a) No permiten verla.

b) Imponen el horario y los programas

c) El servicio de la casa lo maneja

d) El niño/a manipula y maneja el control a su antojo

Motricidad Gruesa:

¿Gatea? Sí _____ No _____ ¿Desde qué edad? _____ . ¿A qué edad se sentó solo? _____ . ¿A qué edad se paró solo? _____ .

¿A qué edad camino solo? _____ .

¿Tiene el pie plano? Sí _____ No _____. ¿Tiene zapatos ortopédicos? Sí _____ No _____.

Lingüística:

¿A qué edad dijo su primera palabra? _____

¿Cuántas palabras conoce y cuántas dice? _____

¿Dice oraciones largas? Sí ___ No ___ ¿Entiende oraciones completas? Sí ___ No ___

¿Responde a monosílabos? Sí ___ No ___. ¿Le gusta que le lean? Sí ___ No ___

Datos académicos:

¿Su niño/a ha asistido anteriormente a algún centro educativo? Sí ___ No ___

Si su respuesta es sí, favor especificar el nombre de la institución.

_____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Qué grados realizó en el centro anterior? _____

¿Por qué el cambio? _____

Seguridad y emergencias:

Las personas autorizadas para recoger a niños /a son:

Nombre	Parentesco	Cédula

¿Aparte de los padres, a quién podemos contactar en caso de emergencia?
(Especifique mínimo dos personas.)

Nombre	Teléfonos	Parentesco

Firma padre/madre o tutor

Firma padre/madre o tutor