

FORMULARIO DE DATOS GENERALES

A) DATOS DEL ALUMNO (A):

1. Nombre completo: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____
3. Instituciones a las que ha asistido: _____

4. Dirección y teléfono de la última institución: _____

5. Grado alcanzado: _____ ¿Lee? ___ ¿Escribe? ___ Operaciones matemáticas? _____
6. Materias de la educación con mayores dificultades _____
7. Materias de la educación con mayores facilidades _____
8. Hobby _____; Habilidades especiales _____
9. Entrenamiento ocupacional o vocacional recibido _____
10. En cuales áreas presenta dificultad? Motora _____ Lenguaje _____ Cognitiva _____
Afectiva o emocional _____ Conductual _____ otras: _____
11. Grado de independencia hogareña: Se baña? ___ Se cambia? ___ Va al baño? _____
Ayuda en la casa o en la cocina? _____ Sale solo (a)? _____ Marca teléfonos? _____
12. Personas que viven con el alumno(a) y parentesco _____

B) DATOS DE LOS PADRES:

13. Nombre de la **madre** _____
14. Dirección: _____
15. Teléfonos: Res: _____ Oficina: _____ Celular: _____
16. Ocupación: _____ Lugar de trabajo : _____
17. Nombre del **padre**: _____

18. Dirección: _____
19. Teléfonos: Res: _____ Oficina: _____ Celular: _____
20. Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
21. Viven juntos los padres? _____ Con quien vive el o la joven? _____
22. Condiciones económicas: Alta __ Media alta __ Media __ Media baja __ Baja _____

C) DATOS CLINICOS DEL ALUMNO (A):

23. Diagnóstico: _____
24. Médico de cabecera: Nombre: _____
Especialidad: _____ Consultorio: _____
Clínica: _____ Teléfonos: _____
25. Medicación utilizada: _____ Dosis: _____
26. Medicamento y dosis que puede suministrársele sin prescripción médica para fiebres y dolores neurálgicos _____
27. Psiquiatra o neurólogo: _____
Teléfonos: _____ Clínica o consultorio: _____
28. Psicólogo: _____ Teléfono: _____
Fecha de última evaluación psicológica _____
29. Clases particulares: _____
30. Definiría el aprendizaje de su hijo como: Alto: _____ Medio: _____ Bajo: _____
31. Actitud frecuente: Agresividad __ Alegría __ Depresión __ Tristeza __ Hiperactividad _____
Pereza __ Malacrianzas o pataletas __ Distracción: __ Otros: _____
32. Ha estado su hijo interno en alguna institución? Indique: _____

33. Sufre de alguna enfermedad? _____
Operaciones? _____ Convulsiones? _____
Alergias? _____ Otros: _____
34. Cuidados especiales: _____

D) DATOS DE FAMILIARES O AMIGOS CERCANOS:

35. Nombre y teléfono de dos personas que puedan ser notificadas en caso de emergencia:

36. Personas que pueden retirar al alumno de la institución:

E) OTRAS INFORMACIONES QUE QUIERA O DEBA AGREGAR.

Nombre del padre o la madre: _____

Firma: _____

Fecha de la solicitud _____

PARA USO DE LA INSTITUCIÓN:

Fecha de Ingreso a prueba: _____; Fecha de ingreso regular: _____

Pago Inscripción: _____; Cuota Mensual: _____

Evaluaciones necesarias: _____

Documentación entregada: _____