



FORMATO D

Ficha Personal del Postulante

Fecha: ____/____/____

1. Datos del postulante:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombres _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ DNI: _____

Lugar de nacimiento: _____
País _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

Dirección domiciliaria actual: _____ Teléfono: _____

Año escolar que cursa actualmente: _____ Institución educativa: _____

ANTECEDENTES ESCOLARES:

| | Colegios a los que asistió | Grados que cursó | Motivo de egreso |
|---|----------------------------|------------------|------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

2. Datos Familiares:

| PADRE | | | MADRE | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| Nombre: | | | Nombre: | | |
| ¿Vive?: | <input type="radio"/> SÍ | Edad actual: _____ | ¿Vive?: | <input type="radio"/> SÍ | Edad actual: _____ |
| | <input type="radio"/> NO | Edad deceso: _____ | | <input type="radio"/> NO | Edad deceso: _____ |
| | | Motivo deceso: _____ | | | Motivo deceso: _____ |
| Grado de instrucción: | | | Grado de instrucción: | | |
| Profesión: | | | Profesión: | | |
| Ocupación actual: | | | Ocupación actual: | | |
| Centro de trabajo: | | | Centro de trabajo: | | |
| Distrito: | | | Distrito: | | |
| Provincia: | | | Provincia: | | |
| Departamento: | | | Departamento: | | |
| Teléfono de trabajo: | | | Teléfono de trabajo: | | |
| Estado civil actual: | | | Estado civil actual: | | |
| Observaciones: | | | Observaciones: | | |
| | | | | | |

De los hermanos (de mayor a menor)

| Apellidos y Nombres | Edad | Centro de estudios / ocupación | Vive con el postulante | |
|---------------------|------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="radio"/> SÍ | <input type="radio"/> NO |
| | | | <input type="radio"/> SÍ | <input type="radio"/> NO |
| | | | <input type="radio"/> SÍ | <input type="radio"/> NO |

¿Tiene algún parentesco con exalumnas?

| Apellidos y nombres | Parentesco | Nombre del año de promoción | Año de egreso |
|---------------------|------------|-----------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 "Sí"

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

| Apellidos y nombres: | Edad: | Parentesco / afinidad | Ocupación: |
|----------------------|-------|-----------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Situación laboral de los padres y crianza

¿Alguno de los padres trabaja fuera de la ciudad?
 NO
 Sí Padre Madre

Frecuencia con la que vuelven al hogar: _____
 Tiempo permanencia: _____

¿Quién acompaña al estudiante fuera del horario escolar? _____

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: _____ Talla al nacer: _____
 Primeros años Gateó: No Sí, edad: _____
 Edad en la que dio sus primeros pasos: _____
 Lenguaje comprensible al: 100% 50% 25% Aún no habla

Antecedentes de salud

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 (causas - 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(es)? | 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? | | | Tratamiento | | |
|--|------|--------|-------------|----|--------|
| Síntoma | Edad | Motivo | SÍ | NO | ¿Cuál? |
| Mareos / pérdida de equilibrio | | | | | |
| Dolores de cabeza | | | | | |
| Otros: (especifique) | | | | | |

| DIFICULTADES EN EL SISTEMA DIGESTIVO ¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas? | | | Tratamiento | | |
|---|------|--------|-------------|----|--------|
| Síntoma | Edad | Motivo | SÍ | NO | ¿Cuál? |
| 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? | | | Tratamiento | | |
|---|------|--------|-------------|----|--------|
| Síntoma | Edad | Motivo | SÍ | NO | ¿Cuál? |
| 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.

Dando cumplimiento a lo señalado en la Norma Técnica N° 220-2019-MINEDU: "Normas y Orientaciones para el Desarrollo del Año Escolar 2020 en Instituciones Educativas y Programas de la Educación Básica", les solicitamos responder a la siguiente pregunta:

¿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.

| | 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"/> Discapacidad sensorial visual o auditiva | |
| <input type="radio"/> Retraso mental | |
| <input type="radio"/> Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad | |
| <input type="radio"/> Autismo y/o Asperger | |
| <input type="radio"/> Otras | |

Sueño

¿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

¿Le teme a la oscuridad? Sí NO

¿Cuántas horas duerme usualmente? _____

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 videojuegos _____

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

| | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|----------------|
| | Huella digital | | Huella digital |
| _____ | | _____ | |
| Firma del padre | | Firma de la madre | |
| _____ | | _____ | |
| DNI | | DNI | |

IMPORTANTE: La información de este documento 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.