

## FORMATO D

### Ficha Personal del Postulante

CÓDIGO: \_\_\_\_\_



**COLEGIO  
MARÍA  
AUXILIADORA**

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 cuidada?  
 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

<b>DIFICULTADES EN EL SISTEMA NERVIOSO</b> ¿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)					

<b>DIFICULTADES EN EL SISTEMA DIGESTIVO</b> ¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?			Tratamiento		
Síntoma	Edad	Motivo	SÍ	NO	¿Cuál?
Frecuente dolor de estómago					
Vómitos					
Otros: (especifique)					

<b>DIFICULTADES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO</b> Indique si tuvo enfermedades respiratorias, bronquiales, pulmonares (considere el "asma" si tuvo o tiene)		
Tipo de enfermedad	Edad	Tratamiento

<b>DIFICULTADES DEL LENGUAJE Y/O APRENDIZAJE</b> (considere tartamudez si la tuvo o tiene)		
Dificultad	Edad	Tratamiento

<b>DIFICULTADES EN EL ÁREA MOTORA</b> ¿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° 531-2021-MINEDU: "Normas y Orientaciones para el Desarrollo del Año Escolar 2022 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**

Mollendo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_

Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

\_\_\_\_\_  
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.

