

FORMATO D

CÓDIGO: _____


**COLEGIO
MARÍA
AUXILIADORA**

Fecha: ____/____/____

Ficha Personal del Postulante**1. Datos del postulante:**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____	DNI: _____	
Lugar de nacimiento: _____	País	Departamento	Provincia
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



COLEGIO
MARÍA
AUXILIADORA

DIFICULTADES EN EL SISTEMA NERVIOSO			Tratamiento		
¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?					
Síntoma	Edad	Motivo	SÍ	NO	¿Cuál?
Mareos / pérdida de equilibrio					
Dolores de cabeza					
Otros: (especifique)					

DIFICULTADES EN EL SISTEMA DIGESTIVO			Tratamiento		
¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?					
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			Tratamiento		
¿Sufre o ha sufrido de alguno de estos síntomas?					
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 RM N° 474-2022-MINEDU: "Normas y Orientaciones para el Desarrollo del Año Escolar 2023 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.

