

	Asociación Colegio Granadino	Marzo 2013
	HISTORIA FAMILIAR COLEGIO	

Favor responder todas las preguntas Fecha _____

1. DATOS PERSONALES

Nombre del niño (a) _____

Lugar nacimiento _____ Fecha Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Edad _____ Profesión _____

Lugar de trabajo _____ Dir. _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Profesión _____

Lugar de trabajo _____ Dir. _____ Teléfono _____

Hermanos: Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Nombre _____ Edad _____ Grado _____

Lugar que el alumno ocupa entre ellos _____

Ha estado en otros jardines? No _____ Si _____ A qué edad ingresó al Jardín? _____

En cuáles? Nombre _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha _____

2. HISTORIA PRENATAL

El niño(a) es adoptivo? Sí _____ No _____ A qué edad fue adoptado? _____

Observaciones _____

El embarazo fue a término? Sí _____ No _____

En caso contrario especifique semanas de gestación a las cuales nació _____

En qué posición venía el niño(a)? _____

Parto: Natural _____ Cesárea _____ Motivo de la cesárea _____

Fue un parto difícil? No _____ Si _____ Prolongado _____ Circulares de cordón _____ Otros _____

Forceps? Sí _____ No _____ Anoxia? Sí _____ No _____

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____

La madre tuvo una experiencia traumática (accidente); física (enfermedad); psicológica (emocional) durante el embarazo? Sí _____ No _____Cuál? _____

3. HISTORIA DE DESARROLLO

Recibió el niño(a) alimentación materna? Sí _____ No _____ Hasta qué edad _____

Hasta qué edad tomó tetero? _____

A qué edad aproximadamente:

Sostuvo la cabeza _____

Gateó _____

Caminó _____

Se sentó _____

Corrió _____

Balbuceó _____

Dijo su primera palabra _____

Dijo su primera frase _____

Control de esfínteres (edad)

Uretral: Diurno _____

Nocturno _____

Anal: Diurno _____

Nocturno _____

Cómo fue el gateo?

“Cuatro patas” ____ Sentado ____

No gateó ____

Cuando habló, otras personas diferentes a la madre pudieron entender su conversación? Sí ____ No ____

4. HISTORIA DE SALUD

Qué enfermedades ha tenido: _____

Ha requerido Hospitalización? Sí ____ No ____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Tiempo _____ Edad _____ Motivo _____

Ha presentado fiebres altas? Sí ____ No ____ Ha convulsionado? Sí ____ No ____ Causas: _____

Ha requerido exámenes:

Oftalmológicos: Sí ____ No ____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Otorrinolaringológico: Sí ____ No ____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Psicológico: Sí ____ No ____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Fonoaudiológico: Sí ____ No ____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Neurológico: Sí ____ No ____ Motivo _____ Diagnóstico _____

Observaciones: _____

Hay miembros en su familia que hayan tenido dificultades en:

Lenguaje ____ Lectura ____ Audición ____ Enuresis ____ Otros _____

Quiénes: _____

5. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Tiene tendencias nerviosa? Sí ____ No ____

Se orina en la cama Sí ____ No ____

Excesiva fantasía o mentiras Sí _____ No _____
Miedo a la oscuridad o pesadillas Sí _____ No _____
Es excesivamente activo Sí _____ No _____
Se adapta con facilidad a situaciones nuevas Sí _____ No _____
Actualmente toma alguna medicina Sí _____ No _____ Cuál? _____
Su niño(a) ha estado separado en algunas ocasiones de uno o de ambos padres: Sí _____ No _____
Ha mostrado diferencias o cambios de cualquier índole después de la separación? Sí _____ No _____
Qué cambios? _____

En la siguiente lista de rasgos conductales, señale aquellos que caracterizan el comportamiento de su hijo:

Emocionales:

Tranquilo	_____	Inquieto	_____	Ansioso	_____	Confiado	_____
Autoritario	_____	Emotivo	_____	Estable	_____	Llorón	_____
Seguro	_____	Desconfiado	_____	Alegre	_____	Quejumbroso	_____

Sociales:

Obediente	_____	Desobediente	_____	Introvertido	_____	Extrovertido	_____
Independiente	_____	Dependiente	_____	Sociable	_____	Retraído	_____
Comunicativo	_____	Callado	_____	Peleador	_____	Pasivo	_____

Actualmente están separados los padres? Sí _____ No _____

El niño(a) convive con _____

Por favor informarnos sobre cualquier otro aspecto acerca de su niño(a) que pueda ayudarnos a entenderlo(a) mejor: _____

Nombre de la persona que llenó el formulario: _____

Relación que tiene con el niño(a):

Padre: _____ Madre _____ Tío(a) _____ Abuelo _____ Otro _____

Firma Padres _____