



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

FICHA DE DATOS PERSONALES - NIVEL INICIAL Y PRIMARIA DPTO. PSICOLÓGICO 2024

DATOS DEL NIÑO:

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------------------|---------------|
| Nombres y Apellidos: | | | |
| Fecha de nacimiento: | | Edad: | |
| Lugar de nacimiento: | | ¿Es hijo único? | SÍ () NO () |
| N° de hermanos: | | Lugar que ocupa entre los hermanos: | |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | | | |

DATOS DEL PADRE:

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|--|
| Nombres y Apellidos: | | Edad: | |
| Estado civil: | | Profesión/Ocupación: | |
| Trabajo actual: | | | |
| ¿Trabaja en Lima o fuera de Lima? | | | |
| ¿Vive con el estudiante? | SÍ () NO () | Teléfono: | |
| Correo electrónico: | | | |

DATOS DE LA MADRE:

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|--|
| Nombres y Apellidos: | | Edad: | |
| Estado civil: | | Profesión/Ocupación: | |
| Trabajo actual: | | | |
| ¿Trabaja en Lima o fuera de Lima? | | | |
| ¿Vive con el estudiante? | SÍ () NO () | Teléfono: | |
| Correo electrónico: | | | |

* Si los padres son separados/divorciados, mencionar desde cuándo y la frecuencia de visita del padre que no vive con el niño.



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

En caso de haber fallecido alguno de los padres, señalar:

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| ¿Quién? | | Fecha: | |
| Causa: | | | |

Nombre las personas que viven en casa además de los padres

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD |
|--------|------------|------|
| | | |

NACIMIENTO

| | | | |
|--------------------------------------------------------|--|------------------|-------------|
| Tiempo de embarazo (semanas): | | () Parto normal | () Cesárea |
| Si hubo complicaciones al momento del parto, explique: | | | |

ALIMENTACIÓN

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ¿Sufre de trastornos digestivos (dolor de estómago, vómitos, náuseas)? | SÍ () | NO () |
| En caso afirmativo, especifique: | | |

SUEÑO:

| | | | |
|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------|---------------|
| ¿Concilia el sueño cuando está solo? | SÍ () NO () | ¿Necesita compañía/objeto para dormir? | SÍ () NO () |
| ¿Se despierta a menudo por las noches? | SÍ () NO () | Número de horas que duerme: | |
| ¿Duerme con la luz encendida? | SÍ () NO () | ¿Tiene pesadillas? | SÍ () NO () |

DESARROLLO:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿A qué edad caminó? | |
| ¿Presentó alguna dificultad para caminar? En caso afirmativo, explique: | |



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

| | | | |
|-------------------------------|-------------|---------------|-----------------|
| Lateralidad manual del niño: | () Diestro | () Zurdo | () Ambidiestro |
| Control de esfínteres (edad): | () Diurno: | () Nocturno: | |

SALUD:

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|--|
| ¿Sufre o ha sufrido de convulsiones, mareos, dolores de cabeza, desmayos? Mencionar | | | |
| | | | |
| ¿Le han realizado alguna vez algún examen neurológico? | SÍ () NO () | Resultado/ Diagnóstico dado: | |
| ¿Ha padecido o padece su hijo de alguna enfermedad médica digna de mención? | SÍ () | NO () | |
| En caso afirmativo, nombrarla: (qué enfermedad, desde cuándo, sigue algún tratamiento o ya lo terminó) | | | |
| | | | |
| ¿Tiene operaciones – hospitalizaciones? | SÍ () | NO () | |
| Mencionar motivo y fecha: | | | |
| | | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ¿Su hijo presenta alguna necesidad educativa especial (NEE)? | SÍ () | NO () |
| En caso afirmativo, nombre cuál es la NEE, si lleva alguna terapia, desde cuándo, con qué frecuencia y en qué lugar. | | |
| **Además deberá adjuntar la Evaluación psicopedagógica e Informe detallado de las terapias externas que realiza. | | |
| ¿Su hijo presenta algún tipo de dificultad en el desarrollo del lenguaje? (tartamudez, omite consonantes, habla como bebe) | SÍ () | NO () |
| En caso afirmativo, nombre cuál, si lleva alguna terapia para ello, desde cuándo, con qué frecuencia y en qué lugar. | | |
| **Además deberá adjuntar la Evaluación psicopedagógica e Informe detallado de las terapias externas que realiza. | | |



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ¿Su hijo presenta algún tipo de discapacidad? | SÍ () | NO () |
| En caso afirmativo, nombre cuál es su discapacidad, si lleva alguna terapia para ello, desde cuándo, con qué frecuencia y en qué lugar. | | |
| **Además deberá adjuntar cualquiera de estos documentos: | | |
| - El Certificado de Discapacidad, emitido por uno de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud "IPRESS" establecimiento de salud autorizado. | | |
| - El informe médico emitido por un establecimiento de salud autorizado, emitidos por el CONADIS. | | |
| - La Resolución de Discapacidad, emitidos por el CONADIS. | | |
| - El Carné de discapacidad emitidos por el CONADIS. | | |
| **De no contar con los documentos antes señalados, deberá suscribir una declaración jurada hasta regularizar la documentación. | | |

MANIFESTACIONES EMOCIONALES:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ¿Su hijo cambia de estado de ánimo frecuentemente? | SÍ () | NO () |
| En caso afirmativo, explicar. | | |
| ¿Llevó o lleva alguna terapia emocional? Explique el motivo, desde cuándo, la frecuencia y el lugar. | | |
| En caso de tener hermanos, ¿se lleva bien con ellos? ¿Con quién no y por qué? | | |
| ¿Cómo reaccionar su hijo cuando no se le permite hacer algo? | | |
| ¿Ustedes cómo actúan cuando su hijo no les obedece? | | |
| ¿A qué le tiene miedo? | | |
| ¿Se muerde las uñas? | SÍ () | NO () |
| ¿Cómo se comporta frente a personas extrañas? | | |



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

ESCOLARIDAD:

| | | |
|------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Ha asistido a guardería antes de asistir al nido/jardín/inicial? | SÍ () | NO () |
| Si se presentó alguna dificultad mencionarla: | | |
| | | |
| ¿A qué edad ingresó al nido? | | |
| | | |
| ¿Cómo reaccionó? | | |
| | | |
| ¿La profesora refirió alguna dificultad? | SÍ () | NO () |
| Especifique: | | |
| | | |
| ¿Quién supervisa los quehaceres escolares de su hijo? | | |
| | | |
| ¿Recibe apoyo pedagógico? ¿Por qué? | | |
| | | |

HÁBITOS DE ESTUDIO: (a partir de 3° grado)

| | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------|--------------|------------|
| Su lugar de estudio: | | | | | |
| () Siempre es el mismo | () Le gusta cambiar de lugar | () El que encuentra libre | | | |
| Estudia en compañía de: | | | | | |
| () Padre | () Madre | () Hermanos | () Solo | () Profesor | () Amigos |
| MOTIVACIÓN PARA EL ESTUDIO | | | | | |
| () Lo hace por propia iniciativa | () Obligado externamente | () Le agrada y disfruta estudiar | | | |
| Su horario de estudio es: | () a la misma hora todos los días | () Irregular | | | |

SOCIALIZACIÓN

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|------------|-------------------------|--|
| ¿Qué actividades realiza su hijo en su tiempo libre o los fines de semana? | | | | | |
| | | | | | |
| Con quién se relaciona más su hijo los fines de semana: | | | | | |
| () Padres | () Hermanos | () Otro familiar | () Amigos | () Prefiere estar solo | |
| ¿Están Uds. contentos con las amistades de su hijo? ¿Por qué? | | | | | |
| | | | | | |



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

| |
|--|
| |
|--|

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ¿Qué es lo que más <u>les agrada a ustedes</u> de su hijo? | |
| | |
| ¿Qué es lo que más <u>les preocupa a ustedes</u> de su hijo? | |
| | |
| ¿Cuál creen ustedes que sea la mayor dificultad que tiene su hijo para la edad que tiene? | |
| | |
| ¿Considera importante el uso de medios tecnológicos para la recreación de su hijo (televisión, videojuegos, celular, Tablet...)? ¿Cuántas horas al día? | |
| | |
| ¿Cree Ud. que su hijo respeta sus normas o decisiones? | SÍ () NO () |
| ¿Qué métodos de disciplina utilizan en casa? | |
| | |
| ¿Quién los aplica? | () Solo papá () Solo mamá () Ambos |
| ¿Su hijo, tiene responsabilidades en casa? Especifique cuales (tender la cama, ordenar sus cosas, juguetes, poner la mesa, etc.) | |
| | |
| ¿Cuál es el nombre del colegio de procedencia? ¿Desde cuándo estudió ahí? ¿Por qué quieren realizar el cambio de colegio? | |
| | |
| ¿Su hijo ha presentado dificultades en la interacción con sus compañeros (situaciones de violencia escolar)? Especifique | |
| | |



Colegio "De Jesús"

Misioneras Dominicanas del Rosario

"105 años educando en Ciencia – Virtud – Acción"

FECHA:

FIRMA DE LOS PADRES

***NO OLVIDAR ENVIAR ESTA FICHA JUNTO CON TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN ESTE PROCESO.**

****Nombre del archivo:**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL POSTULANTE – GRADO AL QUE POSTULA.

EJEMPLO: PEREZ PEREZ JOSE – 1° GRADO