



**tonalli**  
*el espacio de los niños*

# Formato de inscripción

**Proyecto Sur Para la educación SC**

**CICLO ESCOLAR:**  **GRUPO:**

**DATOS GENERALES:**

Nombre:     
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)

Como le dicen de cariño:  Sexo: Femenino  Masculino

Fecha y lugar de nacimiento:  Nacionalidad:

Institución de derechohabencia: IMSS  ISSSTE  Otro  Ninguna

Con quien vive el niño :  Teléfono:

Domicilio:       
Calle y No.                      Colonia                      Entidad                      Delegación                      CP

Tipo Sanguíneo:  Peso:  Estatura:

Quién (es) lo va (n) a recoger regularmente:

NOMBRE	PARENTESCO

En caso de emergencia, avisar en el siguiente orden:

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO

¿Ha recibido atención educativa en otra institución? SI  NO

¿Cuál?  Tiempo de permanencia:

## DATOS DEL PEDIATRA

Nombre:  Teléfono:

Radio:  Clave:  Celular:

Padece alguna alergia a alimentos, medicamentos, animales, plantas u otros; ¿cuáles?:

Toma medicamentos de forma permanente: SI  NO  ¿Cuáles?

Requiere de algún cuidado especial: SI  NO  ¿Cuál?

Medicamento en caso de fiebre:  Dosis:

Se priva con llanto (espasmo o sollozo): SI  NO  En caso afirmativo cómo se maneja esto en casa:

Usa algún objeto transicional:

Oso  Almohada  Trapo  Dedo  Chupón  Otro:

## NÚCLEO FAMILIAR

**PADRES:** Viven juntos:  Separados:  Viudo (a):  Padre o madre soltero (a):

**NOMBRE DEL PADRE:**  Edad:

Lugar de nacimiento:

Entidad Federativa o Delegación

País o Municipio

Nacionalidad:  Escolaridad:

Ocupación:  Lugar de trabajo:

Tel. particular:  Tel. trabajo:

Celular:  E-mail:

**NOMBRE DE LA MADRE:**  Edad:

Lugar de nacimiento:

Entidad Federativa o Delegación

País o Municipio

Nacionalidad:  Escolaridad:

Ocupación:  Lugar de trabajo:

Tel. particular:  Tel. trabajo:

Celular:  E-mail:

## Hermanos

NOMBRE	EDAD	ESCUELA A LA QUE ASISTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuánto tiempo dedica como padre o madre para estar con su hijo al día?

¿Existe restricción legal para que alguno de los padres recoja al niño(a) en el plantel? SI  NO

Anotar el nombre del tutor autorizado:

**CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LA FAMILIA** (en el último año)

Separación de padres  Fallecimientos  Llegada de nuevo hermano (a)   
Mudanzas  Factor socio-económico  Cambios en su rutina

**PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN:**

Disciplina	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Juegos	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Hora de los alimentos	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Al levantarse	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Al acostarse	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Hora del baño	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL DESARROLLO** (En el caso de lactantes y maternas conteste sólo los pertinentes)

**EMBARAZO** Normal

Alguna complicación (especifique):

**NACIMIENTO** Parto:  Cesárea:  Fórceps:  APGAR

**ALIMENTACIÓN** Fórmula:  Soya:  Seno materno:  Tiempo:

**CONSTANTES PSICOMOTORAS**

Gateó Si  No

Edad en que empezó a caminar:

Edad en que inició el control de esfínteres:

Micción: En proceso  Controlada desde:  años  meses

Defecación: En proceso  Controlada desde:  años  meses

**LENGUAJE** (Indique la edad)

Baluceo  1er. Palabra con significado:  1ra. Frase:

Otro tipo de lenguaje:  Braille:  Señas:

**SALUD** (Especifique en caso afirmativo)

Qué enfermedades ha tenido:

Ha tenido ataques epilépticos:

Padece alguna enfermedad crónica:

Actualmente tiene alguna enfermedad temporal:

Ha sufrido accidentes graves:

Ha sido operado:

¿Tuvo algún accidente que requirió revisión médica u hospitalización? Si  No

En caso de hospitalización ¿Cuál?

¿Cuánto tiempo?

Enfermedades que ha padecido:

Varicela  Rubéola  Escarlatina  Hepatitis  Influenza AH1N1

Tifoidea  Paperas  Tosferina  Otras

**TIENE ALGÚN PROBLEMA FÍSICO RELACIONADO CON:**

Habla  Vista  Oído  Tono muscular  Otro

**USA ALGÚN TIPO DE APARATO:**

Dental  Anteojos  Auditivo  Ortopédico  Otro

**HA ASISTIDO A ALGÚN TIPO DE TERAPIA:**

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

**DESCRIBA EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (A)**

	SIEMPRE	MUY FRECUENTE	FRECUENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Alegre					
Amigable					
Callado					
Cooperador					
Curioso					
Presta sus cosas					
Hace berrinches					
Independiente					
Imaginativo					
Irritable					
Siente miedo					
Moja la cama					
Tolerante					
Prefiere estar con otros (niño o adultos)					
Responsable					
Se chupa el dedo					
Sociable					
Persistente					
Tímido					

Tiene algún Tic (especificar):

Juegos preferidos:

Diversiones que le gustan:

Actividad física que le interesa:

Situaciones que le disgustan:

Reacción ante la oscuridad:

Fobias o miedos:

Duerme la mayoría de las veces Solo  Con sus padres  Con hermanos  Otros

Hace siesta durante el día: SI  NO  ¿A qué hora y cuánto tiempo?

Horas que duerme en promedio:  Presenta algún trastorno de sueño: SI  NO

¿Cuál?: Pesadillas  Insomnio  Rechinar dientes  Sueño intranquilo

Habla  Sueño nocturno por períodos cortos  Otro

¿Cuántas veces come al día?

¿Toma alimentos antes de llegar a la escuela? Si  No  Cuáles

En las dos últimas semanas ¿cuántas veces consumió algunos de los siguientes alimentos?

Carne  Pollo  Huevo  Leche  Embutidos  Cereal  Verduras

Frutas  Golosinas  Refrescos  Sopa  Otros

¿Cuántas horas al día pasa viendo algún programa de televisión?  Solo  Acompañado

¿Cuáles son sus programas favoritos?

Caricaturas  Telenovelas  Documentales

Series policíacas  De concurso  Otros

¿Qué actividades realiza regularmente los fines de semana?

Visitas familiares  Cine  Parque de diversiones  Museo

Deportivo  Otros

#### HABILIDADES

Come solo (a)  Se viste solo (a)  Se peina solo (a)

Se lava los dientes solo (a)  Va al baño solo (a)  Se lava las manos solo (a)

Información adicional sobre su hijo que considere útil compartir con sus maestros:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del padre

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de la madre

México DF a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_