

**PROCESO DE ADMISIÓN
JARDÍN DE NIÑOS
CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL**

Los datos que aquí se proporcionan son confidenciales. Lea cuidadosamente cada pregunta y responda con sinceridad.

Fecha _____

1.- Datos generales

Nombre del alumno/a:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
Escuela de procedencia:	Grado al que desea ingresar:	
Religión:		

2.- Datos familiares

	Nombre	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación
Padre					
Madre					
Hermanos/as					

El alumno/a vive con: Ambos padres Mamá Papá Otros: _____

3.- Situación laboral de los padres

	Padre	Madre
Desempleo		
Trabajo fijo	Horario: _____	Horario: _____
Trabajo eventual	Horario: _____	Horario: _____
Ama de casa		
Pensionista		
Otro, especificar	Horario: _____	Horario: _____
¿Puede pedir permisos para salir?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿En qué horario? _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿En qué horario? _____

4.- Datos escolares

Enumere las escuelas donde su hijo/a ha realizado los estudios previos.

Nivel	Escuela	Grado/s	Ciudad

¿Ha repetido año?	¿Cuál?	Motivo:
¿Quién ayuda a su hijo/a con la tarea?		
¿Tiene un espacio especial para realizar sus trabajos?		
¿Qué es lo que más se le facilita en la realización de sus trabajos?		
¿Ha presentado dificultades para el trabajo o de conducta en la Guardería o Jardín de Niños anterior?		

5.- Antecedentes de desarrollo

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo?	
¿Tuvo algún problema en el parto?	
Motricidad y lenguaje	
¿Ha presentado alguna dificultad con el lenguaje? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?	
¿Qué lateralidad presenta? Diestro <input type="checkbox"/> Diestro forzado <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> No define <input type="checkbox"/>	
Aseo	
¿El niño es capaz de indicar su necesidad de ir al baño con gesto o palabras durante el día? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
¿Ya logra el control de esfínteres (de pipí y de popo)? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	

6.- Salud

El estado de salud de su hijo/a es: Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>			
¿Ha presentado algún padecimiento que haya afectado su desempeño escolar? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
¿Cuál/es?			
¿Ha estado hospitalizado? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿A qué edad, cuánto tiempo y por qué?			
¿Actualmente toma algún medicamento? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál y por qué?			
¿Ha recibido algún apoyo médico, de aprendizaje o terapia específica? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Motivo:		Edad en que inició:	Duración:
Nombre del profesional/es con el/los que acude:			Teléfono/s:
Horario de sueño: De _____ a _____	Duerme en cama: Independiente <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/>		¿En el mismo cuarto de los padres? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué desayuna?		¿Ha presentado algún problema de alimentación? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

7.- Actividades

¿Qué actividades extraescolares realiza y en qué horario?

8.- Dinámica familiar

¿Cómo es la relación de su hijo/a con las siguientes personas?

Papá	
Mamá	
Hermanos/as	
Otros (especifica)	

¿Tiene alguna responsabilidad en casa? No Si

¿Cuál/es?

¿Obedece y sigue las reglas que le indica el adulto? No Si

Mencione 5 características de su hijo/a que considere positivas, y que se presentan tanto en casa como en la Guardería o Jardín de Niños anterior.

Mencione 5 características(a) que usted considera que debe mejorar su hijo/a, y que se presentan tanto en casa como en la Guardería o Jardín de Niños anterior.

¿Qué consecuencias hay **cuando no** cumple las reglas o responsabilidades?

¿Qué consecuencias hay **cuando sí** cumple las reglas o responsabilidades?

Cuando impone una consecuencia:

Palomee la o las opciones con la que usted esté de acuerdo:

- () Lo hace sin dejarse llevar por su estado emocional.
- () Reacciona de acuerdo a la emoción del momento.
- () Lo hace de acuerdo a la falta.
- () Obliga a su cumplimiento siempre.
- () Puede mostrarse flexible en cuanto a su cumplimiento.
- () Ambos padres se ponen de acuerdo.
- () La aplica el padre.
- () La aplica la madre.
- () La aplican inmediatamente después de la falta.
- () Le explican a su hijo/a las razones de la misma.

¿Quién se hace cargo del niño/a durante el día?

8.- Dinámica familiar (continuación)

¿Cuánto tiempo a la semana pasa con sus hijo/a?	Papá: Mamá:
En caso de enfermedad de su hijo/a, ¿Quién se ausenta del trabajo?	
¿Qué es lo que más le gusta a su hijo/a?	
¿Cuáles son las preocupaciones de su hijo/a?	
¿A qué le tiene miedo su hijo/a?	

Si tiene alguna observación o comentario, favor de anotarlo:

Persona que contesta el cuestionario

Nombre

Firma

Parentesco

Gracias por sus respuestas