INSTITUCIÓN EDUCATIVA
JUAN ESPINOZA MEDRANO

ADMISIÓN

GRADO 2027:

FICHA PSICOPEDAGÓGICA DEL ESTUDIANTE
PRIMARIA / SECUNDARIA
(Sírvase llenar los datos con letra imprenta y clara)

DATOS DEL ESTUDIANTE:			
• Nombres y Apellidos			
• Edad (años)		Fecha de nacimiento	
• Sexo	F( ) M ( )	DNI	
• Colegio de procedencia			
• Motivo del cambio de colegio:			

DATOS FAMILIARES:

PADRE		
• Nombres y apellidos		
• Edad:		Profesión:
• Grado de instrucción		Celular:
MADRE		
• Nombres y apellidos		
• Edad:		Profesión:
• Grado de instrucción		Celular:
Alguno de los padres ha fallecido: SI ( ) NO ( )		
Quién: _____ Cuándo sucedió: _____		

Situación actual de los padres: (indicar el tiempo entre paréntesis)

a) Casados ( ) c) Convivientes ( )
b) Separados ( ) d) Divorciados ( )

En el caso de que los padres no vivan juntos responda lo siguiente:

- ¿Qué edad tenía su menor hijo(a) cuando se produjo este evento? _____
- ¿Cómo es la relación actual entre los padres? _____

DATOS RELACIONADOS A SU ÁMBITO FAMILIAR

¿Cómo es la relación de su hijo(a) con?	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	PÉSIMA
Padre				
Madre				
Hermanos o familiares				

- ¿Qué actividades realiza con su menor hijo(a) en su tiempo libre? Detalle:

_____

- ¿Tiene en casa algunas responsabilidades? SI ( ) NO ( ) ¿Cuáles?

_____

- ¿Quién lo corrige cuando realiza una conducta inadecuada? _____
- ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que utilizan? Especifique

_____

_____

DATOS RELACIONADOS A SU DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

- Marcar algunas características concretas que podrían describir a su hijo(a):

  ( ) Tranquilo ( ) Retraído ( ) Inquieto ( ) Sociable ( ) Agresivo ( ) Alegre

  ( ) Obediente ( ) Apático ( ) Sumiso ( ) Líder ( ) Cariñoso ( ) Renegón

  ( ) Expresivo ( ) Tosco ( ) Otros:

- ¿Le gusta estar en compañía de otros niños o jóvenes? SI( ) NO( ) ¿disfruta pasar tiempo solo en su habitación? _____

- ¿Cómo se relaciona con los compañeros(as) del colegio? _____

  _____

- Suele practicar algún deporte o desarrollar alguna actividad extraescolar; baile, canto, música

  _____

- ¿Expresa con facilidad sus estados emocionales? SI( ) NO( )

- Su niño(a)/adolescente ¿Cambia bruscamente de estado de ánimo? SI( ) NO( )

- ¿Cuenta con dispositivos electrónicos con cuáles son y cuántas horas diarias le dedica?

  _____

- Hechos que influyan o hayan influido notablemente en su estado emocional o su conducta:

  _____

- Impresiones fuertes (pérdida de un ser querido, accidentes, sucesos inesperados, mudanzas, etc):

  _____

- En breves palabras describa a su hijo(a) _____

  _____

  _____

DATOS RELACIONADOS A SU DESARROLLO ESCOLAR

- ¿Cómo cree que es el rendimiento de su niño(a) / adolescente?

  BAJO ( ) PROMEDIO ( ) ALTO( )

  Explicar el por qué:_____

- ¿Cree usted que su niño(a) / adolescente requiere ayuda académica? SI ( ) NO( )

  ¿En qué cursos o áreas? _____

- ¿Con qué habilidades o destrezas cuenta su niño(a) / adolescente?

  _____

- ¿Su hijo(a) ha tenido dificultades conductuales durante el año pasado? SI ( ) NO( )

  ¿Cuáles? _____

- ¿Su hijo ha repetido algún año? SI ( ) NO ( ) ¿Qué grado repitió? _____

EVALUACIONES Y TERAPIAS

- En alguna oportunidad (años anteriores) la docente o un especialista de su menor hijo(a) le han sugerido realizar alguna evaluación o terapia en las áreas de lenguaje, aprendizaje, psicológica, audiometría, psicomotriz, neurológica, etc.

  NO ( ) SI ( ) **(Si marcó SI, detalle el motivo y fecha de dicha recomendación)**

  _____

  _____

  _____

- ¿El/la estudiante ha sido evaluado por algún servicio externo? SI( ) NO( ) **(Si marcó SI, marque con una X a continuación)**

  Psicológico ( ) Psiquiátrico ( ) Neuro pediátrico ( ) Aprendizaje ( )
  Lenguaje ( ) Médico ( ) Motriz ( ) Oftalmológico ( )
  Especifique la fecha de la evaluación: _____

- ¿El/la estudiante cuenta con algún diagnóstico? SI( ) NO( ) **(Si marcó SI, marque con una X a continuación)**

  Psicológico ( ) Psiquiátrico ( ) Médico ( ) Oftalmológico ( )
  Otro (especifique)_____

  Asimismo, señalar: cuál es su diagnóstico, si lleva alguna terapia para ello, desde cuándo, con qué frecuencia y en qué lugar:

  _____

  _____

  _____

  IMPORTANTE: Deberá adjuntar el informe de la Evaluación psicopedagógica e Informe detallado de las terapias externas que realiza.

- ¿Cuenta con alguna discapacidad? SI( ) NO( ) **(Si marcó SI, marque con una X a continuación)**
  Motora/física ( ) Lenguaje ( ) Cognitiva ( ) Visual ( )
  Sensorial ( ) Psíquica ( )

  Asimismo, señalar: cuál es su discapacidad, si lleva alguna terapia para ello, desde cuándo, con qué frecuencia y en qué lugar:

  _____

  _____

  _____

  IMPORTANTE: 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.

- Alguna observación o comentario adicional que considere importante que el colegio deba conocer por parte del estudiante: SI ( ) NO( ) **(Si marcó SI, detalle con claridad dicho comentario)**

  _____

  _____

  _____

Declaro que toda la información señalada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes, no faltando a la verdad en ningún punto.
De confirmarse que las repuestas en esta ficha se falta a la verdad, aceptaré las disposiciones que el Colegio estime conveniente.

_____

FIRMA

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Parentesco: _____

FECHA: _____/_____/_____