RENOVACIÓN

GRADO 2027: _____

FICHA PSICOPEDAGÓGICA DEL ESTUDIANTE
NIVEL INICIAL
(Sírvase llenar los datos con letra imprenta y clara)

DATOS DEL ESTUDIANTE:			
• Nombres y Apellidos			
• Edad (en años)		Fecha de nacimiento	
• Sexo	F ( ) M ( )	DNI	

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:

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

En el caso de que los padres no vivan juntos, señalar con quien vive el estudiante: _____

CONDUCTAS GENERALES:

	SI	NO		SI	NO
Moja la cama			Tiene pesadillas		
Se come las uñas			Hace pataletas		
Le sudan las manos			Come poco y demora		
Se chupa los dedos			Problemas de lenguaje		
Es diestro			Socializa con facilidad		
Usa pañal			Tiene tics		

DESARROLLO DEL LENGUAJE

- Ha presentado dificultades para pronunciar palabras: SI ( ) NO( )
- ¿Cómo habla actualmente? Bien ( ) Tartamudea ( ) Aún no lo pronuncia bien ( )
- ¿Se expresa de forma fluida? SI ( ) NO ( )

DESARROLLO MOTRIZ ¿A qué edad logro?

- Sentarse sin apoyo _____ Gatear _____ Pararse _____ Caminar_____
- Presencia de movimientos como: Balanceo ( ) Sacude brazos ( )
  Aleteo ( ) Camina de puntas ( ) Ninguno ( )
- Su niño(a) ha presentado: Hipotonía ( ) Hipertonía ( ) Hiperlaxitud ( ) Ninguno ( )

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL ESTUDIANTE

	SI	NO		SI	NO
Le gusta estar en compañía de otros niños			Acepta elogios		
Con frecuencia hace rabietas o pataletas			Acepta caricias		
Comparte sus cosas fácilmente			Respeta las normas de juego		
Suele ser molestoso(a) cuando se relaciona con otros			Se avergüenza con facilidad ante otros		
Tiende a aislarse de los demás o estar en su mundo			Le agrada ser líder dentro de un grupo		

INDEPENDENCIA PERSONAL

- Marcar con un aspa lo que su niño o niña logra hacer de manera autónoma:

( ) Avisar que quiere ir al baño ( ) Pedir verbalmente lo que necesita

( ) Colaborar al vestirse ( ) Vestirse ( ) Comer

( ) Ordenar sus juguetes ( ) Atenderse en el baño ( ) Jugar

( ) Acostarse en la noche ( ) Hacer encargos en casa ( ) Bañarse

EVALUACIONES Y TERAPIAS

- En alguna oportunidad, le han sugerido realizar alguna evaluación o terapia en las áreas de lenguaje, aprendizaje, psicológica, audiometría, psicomotriz, neurológica, etc.

NO( ) SI( ) **(Si marco 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 ( )

Especificar la fecha de dicha 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.

- ¿El/la estudiante 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 marco 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 disposicionesque el Colegio estime conveniente.

_____

FIRMA

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Parentesco: _____

FECHA: _____/_____/_____