



REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

Favor de entregarnos la siguiente documentación al ingreso.

- Solicitud de inscripción y entrevista con los padres
- Firma del reglamento general
- Fotocopia del acta de nacimiento
- Fotocopia de la cartilla de vacunación
- Carta de buena salud del pediatra
- 3 fotos tamaño infantil del alumno
- 2 fotos tamaño infantil de los padres a color
- 2 fotos tamaño infantil de las personas autorizadas para recoger al alumno
- Fotocopia de una identificación oficial de los padres (IFE, pasaporte, cédula profesional)
- Copia de la póliza de SGMM del alumno

SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL ALUMNO

Fecha de ingreso Horario del alumno

DATOS GENERALES DEL ALUMNO

Nombre(s)			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Sexo		Edad	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Domicilio			
Teléfono casa		Teléfono celular	
Religión		Nacionalidad	
Nombre del Pediatra		Hospital	
Teléfono		Teléfono de emergencia	



PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO

PERSONA AUTORIZADA	TELÉFONO	PARENTESCO

DATOS DE LA MADRE

Nombre(s)			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Empresa donde labora		Puesto	
E-mail			
Teléfono oficina		Teléfono celular	
Religión		Nacionalidad	
Escolaridad			
Horas de trabajo	de		AM a PM

DATOS DEL PADRE

Nombre(s)			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Empresa donde labora		Puesto	
E-mail			
Teléfono oficina		Teléfono celular	
Religión		Nacionalidad	
Escolaridad			



HERMANOS

NOMBRES

GRADOS

ESCUELA

ESTADO DE LOS PADRES

Casados

Unión Libre

Divorciados

Madre o padre soltero

Vuelto a casar

Viudo

¿Quién ejerce la patria protestad?

HISTORIA

Número de embarazos

¿Alguna enfermedad o complicación durante el embarazo?

¿Cuánto tiempo duró la gestación?

Parto natural

Cesárea programada

Cesárea de emergencia

¿Lloró al nacer?

Posición del niño al nacer

Calificación Apgar

Peso al nacer

Talla

¿Estuvo en incubadora o en algún tratamiento al nacer? Explique

Duración del parto

¿Hubo lactancia materna desde el primer día?

¿A qué edad se le introdujeron otros alimentos?

¿A qué edad se le retiró el seno materno?

¿Toleró la fórmula?

¿Su hijo tiene algún problema de incapacidad?



RUTINA DIARIA

Sueño durante el día

Horario Posición

Sueño durante la noche

Horario Posición

Hábitos de los alimentos Horarios

Toma de leche

Horarios Cantidad Tipo de leche

Cuidados en el cambio del pañal

¿Padece alguna anomalía del sueño? (pesadillas, llanto nocturno, insomnio)

¿Con quién duerme? ¿En qué duerme?

¿A qué hora se va a dormir? ¿A qué hora se despierta?

Nivel de actividad

Alto Medio Bajo

¿Controla las esfínteres durante el día? ¿Controla ambos esfínteres durante la noche?

¿Recibe exclusivamente seno materno?

¿Actualmente está bajo algún tratamiento?

¿Es alérgico a algún alimento?

¿Come cereal?

¿Qué alimentos se le han dado? ¿A qué hora come?

Enfermedades relevantes en la salud del niño

Accidente relevantes

Operaciones



¿Se mantiene sentado sin ayuda?		¿A partir de qué edad?	
¿Gatea?		¿A partir de qué edad?	
¿Se sostiene parado sin ayuda?		¿A partir de qué edad?	
¿Camina?		¿A partir de qué edad?	
¿Habla?		¿A partir de qué edad?	

Explica brevemente la personalidad de tu hijo (a)

MARCA CON UNA PALOMA

	NUNCA	CASI SIEMPRE	A VECES
Se lava las manos solo			
Juega con otros niños			
Sabe comer solo			
Se lava los dientes solo			

Mencione las actividades que realiza con más frecuencia en un día normal

Mencione las actividades que más le gustan

Mencione las actividades que más le desagradan

¿Cómo se relaciona con su papá?

¿Cómo se relaciona con su mamá?



¿Cómo se relaciona con sus hermanos?

¿Cuánto tiempo ve la tv al día?

¿Quién se encarga de la disciplina del niño?

Agrega algún dato importante que debamos saber

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE