

**FICHA PSICOPEDAGÓGICA – ADMISIÓN INNOVA SCHOOLS
INICIAL – 1° GRADO**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL POSTULANTE:.....

FECHA DE NACIMIENTO: **SEXO:**

DOMICILIO ACTUAL:..... **TELF. CASA:**.....

GRADO AL QUE POSTULA: **COLEGIO DE PROCEDENCIA:**

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS:.....

PERSONA(S) QUE COMPLETA EL CUESTIONARIO:

DATOS DE LOS PADRES O APODERADO

NOMBRE	EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION	TELEF	E-MAIL	PARENTESCO CON EL POSTULANTE

¿VIVEN JUNTOS LOS PADRES? **SI ()** **NO ()** **ESTADO CIVIL:**

ANTECEDENTES:

I. PRE-NATAL

A.- Embarazo

- | | | | | |
|---|--|-------|--|-------|
| - Duración (semanas) _____ | | SI | | NO |
| - Planificado | | _____ | | _____ |
| - Presión arterial elevada | | _____ | | _____ |
| - Excesivo aumento de peso | | _____ | | _____ |
| - Alguna enfermedad durante el embarazo | | _____ | | _____ |
| Especifique en caso de ser afirmativa la respuesta: | | | | |
| - Buen ánimo durante la gestación | | _____ | | _____ |

II. PARTO

Parto natural () Cesárea () Uso de Fórceps ()

Si fue cesárea, ¿Por qué motivo?

Complicaciones durante el parto:

III. NEO-NATAL

	SI	NO
A.- Lloró inmediatamente al nacer	_____	_____
B.- Fue necesario oxígeno	_____	_____
C.- Presentó ictericia (coloración amarillenta en la piel)	_____	_____
D.- Convulsionó	_____	_____
E.- Le proporcionó lactancia materna	_____	_____
F.- ¿Hasta qué edad lactó?		

G.- Tratando de recordar al máximo, conteste las siguientes preguntas:

Cuando logró:	AÑOS	MESES
- Sostener la cabeza estando apoyado sobre su abdomen y pecho	_____	_____
- Sonreír	_____	_____
- Sentarse solo	_____	_____
- Gatear	_____	_____
- Caminar	_____	_____
- Controlar esfínteres - Diurno	_____	_____
- Nocturno	_____	_____

Alguna otra información que Ud. considere que la institución deba conocer respecto al desarrollo inicial de su hijo:

IV. SALUD Y ENFERMEDAD:

	SI	NO	Especifique
A.- Sufre alguna enfermedad	_____	_____	_____
B.- Sufre Alergias	_____	_____	_____
C.- Ha tenido alguna operación	_____	_____	_____
D.- Ha sufrido algún accidente grave	_____	_____	_____
E.- Ha tenido fiebres altas (con pérdida de conocimiento)	_____	_____	
F.- Sus vacunas están completas	_____	_____	
G.- Tiene buena dentadura	_____	_____	
H.- Tiene buena visión	_____	_____	

- I.- Tiene buena audición _____
- J.- ¿Alguno de los padres padece una enfermedad crónica? _____
- K.- ¿Algún familiar ha tenido alguna enfermedad mental o crisis nerviosa? _____

V. DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿A qué edad empezó a decir sus primeras palabras?

¿A qué edad empezó a comunicarse empleando frases de dos palabras?

A la fecha ¿Cómo se comunica su hijo(a) con las personas que lo rodean? Describa

¿Presenta o ha presentado algún problema de lenguaje?

En caso la respuesta se afirmativa describa la dificultad e indique si recibió o recibe terapia.

¿Comprende y cumple indicaciones sencillas? De ejemplos

¿Cómo estimulan el lenguaje de su hijo(a) en casa?

VI. DESARROLLO DE HÁBITOS

¿Come sus alimentos sin ayuda de un adulto? ¿Desde qué edad?

¿Emplea adecuadamente los cubiertos para comer? ¿Desde qué edad?

¿Come alimentos variados?

¿Muestra rechazo a algún tipo de alimento? Especifique

¿Tienes horarios establecidos para ingerir sus alimentos? Especifique

¿Cuántas horas duerme al día?

¿A qué hora suele ir a dormir?

¿A qué hora se levanta en las mañanas?

¿Toma siesta durante el día? Especifique su horario y duración

¿Tiene una rutina establecida al momento de dormir en las noches? Describa

¿Se viste solo? ¿Desde qué edad?

¿Elige solo la ropa a usar a diario?

¿Colabora con algunas tareas en casa? Describa

¿Tiene responsabilidades establecidas en casa? Describa

¿Realiza solo sus actividades cotidianas? ¿Cuáles?

VII. HISTORIA FAMILIAR

¿Quiénes viven en casa con el postulante?

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN

¿Con qué personas pasa mayor tiempo su hijo(a)?

¿Cómo es la relación de su hijo(a) con esas personas? Describa

¿Cómo manejan los conflictos los adultos que viven en casa?

¿Qué personas intervienen en la crianza del niño/a? ¿De qué modo?

¿Está de acuerdo con la manera en la que intervienen esas personas? ¿Por qué?

VIII. ESCOLARIDAD

A. ¿Su hijo/a ha asistido a programas de Estimulación Temprana? SI _____ NO _____

En caso su respuesta sea afirmativa:

- ¿Cuánto tiempo?
- ¿Qué comentarios recibió de parte de las personas a cargo?

B. ¿A qué edad inicio su escolaridad?

C. ¿En qué institución inicio su escolaridad?

- D. ¿Ha tenido cambios frecuentes de escuela? ¿Por qué?
- E. ¿Qué comentarios ha recibido del colegio anterior respecto al comportamiento y rendimiento de su hijo(a)?
- F. ¿Qué lo motivó a presentar a su hijo/a a Innova Schools?
- G. ¿Por qué considera que las características de su hijo/a se ajustarán a la propuesta de Innova Schools?
- H. ¿Qué sabe acerca de la metodología de trabajo en Innova Schools?
- I. ¿Su hijo presenta algún tipo de necesidad educativa especial? SI ___ NO ___
 De ser afirmativa la respuesta por favor especifique:
- ¿Cuál es el diagnóstico de su hijo?
 - ¿A qué edad fue diagnosticado?
 - ¿A qué institución educativa asiste a la fecha?
 - ¿Qué tipo de apoyo adicional recibe?
 - ¿Cuánto tiempo viene recibiendo el apoyo?
 - ¿Qué recomendaciones han recibido en cuanto al tipo de educación que requiere?

IX. EDUCACIÓN SEXUAL

	SI	NO
A. ¿Ha tenido conversación con su hijo (a) sobre sexualidad?	_____	_____
B.- ¿Ha sido fácil comunicarse con su hijo (a) sobre ese aspecto? ¿Por qué?	_____	_____
C.- ¿Su hijo (a) le hace preguntas al respecto? ¿Qué preguntas ha hecho?	_____	_____
D.- ¿Ha recibido charlas sobre cómo abordar el tema de sexualidad con su hijo?	_____	_____

X. NORMAS EN CASA

SI NO

- A.- Existen horarios establecidos para cada actividad. _____
- B.- Su hijo(a) cumple con los horarios establecidos. _____
- C.- Existen normas establecidas en casa. _____
- D.- Su hijo cumple con esas normas. _____

XI. DESENVOLVIMIENTO SOCIAL

- A. ¿Su hijo/a tiene oportunidad de interactuar con otros niños o niñas de su edad? SI ____ NO ____
- B. ¿Con que frecuencia? _____
- C. Describa el comportamiento de su hijo(a) cuando está con otros niños(as)

- D. ¿Su hijo sigue las reglas de los juegos y comparte sus juguetes cuando está con otros niños?
SI ____ NO ____
Describa

- E. ¿Cómo considera el desenvolvimiento social de su hijo/a? Describa

Yo identificado con DNI,
padre/madre/apoderado de postulante a Innova Schools,
declaro bajo juramento que toda la información brindada en el presente documento es verdad, así mismo
afirmo no estar omitiendo información sobre las características del menor que influirían directamente en su
adaptación al colegio y a su metodología.

De demostrarse que falté a la verdad u omití información acepto las medidas que sean tomadas por la
institución, las cuales podrían llegar hasta la separación o no renovación de matrícula para el siguiente año.

Firma:

DNI:

Fecha: