



INSTITUTO
PENINSULAR
PREESCOLAR - PRIMARIA - SECUNDARIA - BACHILLERATO



INFORME GENERAL

REPORTE DE LOS PADRES DE PREESCOLAR

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
FECHA NACIMIENTO	DIA:	MES:	AÑO:
DIRECCIÓN:			
GRADO A INGRESAR	seleccione ✓		
PREKINDER	1º GRADO	2º GRADO	3º GRADO
¿ESTÁ BAUTIZADO?	MOTIVO		

ACERCA DE LOS PADRES:

NOMBRE DE LA MADRE:			
FECHA NACIMIENTO	DIA:	MES:	AÑO:
ESTADO CIVIL	TELEFONO CELULAR		
TELEFONO CASA	TELEFONO OFICINA		

NOMBRE DEL PADRE:			
FECHA NACIMIENTO	DIA:	MES:	AÑO:
ESTADO CIVIL	TELEFONO CELULAR		
TELEFONO CASA	TELEFONO OFICINA		

OTROS HIJOS EN LA CASA

NOMBRE:			
FECHA NACIMIENTO	DIA:	MES:	AÑO:
COLEGIO/ESCUELA	GRADO		

OTRAS PERSONAS EN LA CASA

NOMBRE:	
RELACION CON ALUMNO(A)	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD



HISTORIAL MEDICO

¿DONDE RECIBE EL NIÑO(A) ATENCIÓN MÉDICA REGULAR?	
NOMBRE DEL MÉDICO:	DIRECCION:
TELEFONOS:	¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO CHEQUEO DEL NIÑO(A)?

SU HIJO(A) HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, DESCRIBALA POR FAVOR:

- ¿HA TENIDO SU HIJO(A) ALGÚN ACCIDENTE? SI NO
- ¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO ¿CUAL? _____
- ¿SU HIJO(A) HA SIDO HOSPITALIZADO(A)? SI NO CAUSA _____
- ¿SU HIJO(A) TOMA ALGUN MEDICAMENTO REGULARMENTE? SI NO MOTIVO _____

DESARROLLO DEL ALUMNO(A)

LA SIGUIENTE INFORMACION NOS PERMITE CONOCER MEJOR A SU HIJO E IDENTIFICAR COMO CONTRIBUIR COMO COLEGIO EN LA OPTIMIZACION DE SU DESARROLLO.

PESO AL NACER: _____ **TALLA AL NACER (ALTURA):** _____

PREMATURO A TÉRMINO POSTÉRMINO VAGINAL CESÁREA

GENERALIDADES DEL EMBARAZO/PARTO:

NACIMIENTO

- ¿REQUIRIO OXÍGENO?
- ¿LLORÓ INMEDIATAMENTE AL NACER?
- DURANTE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL**
- TUVO ICTERICIA (SE PUSO AMARILLA)
- CONVULSIONES
- TUVO FALTA DE OXÍGENO (HIPOXIA)
- ¿ESTUVO MÁS TIEMPO QUE LA MADRE EN EL HOSPITAL?

- ¿TUVO DIFICULTAD PARA SUCCIONAR O LLORAR?
- SUFRIÓ DE CÓLICOS O REFLUJO O PROBLEMAS DE DIGESTIÓN?
- SALUD**
- ¿HA TENIDO PROBLEMAS PARA VER ALGUNA VEZ?
- ¿PIERDE EL CONTROL DE ALGÚN OJO O SUFRE DE ESTRABISMO?
- OTRO: