



Instituto de Humanidades y Ciencias de Guadalajara, A.C.
Félix Rougier 3875. Res. Loma Bonita. 45087 Zapopan, Jal.
Tels. 50.00.16.00 v 50.00.16.01

Foto

CUESTIONARIO SOBRE DATOS PERSONALES

Fecha _____

Grado al que desea ingresar _____

Datos generales.

Nombre _____ / _____ / _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad _____ / _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo _____
Años Meses Día Mes Año

Lugar de nacimiento _____ / _____ / _____
Ciudad Estado País

Domicilio _____ / _____
Calle y número Colonia

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
C.P. Ciudad Municipio Estado Teléfono

CURP _____

Hermanos(as) aspirando a otro grado. SI () NO () ¿A qué grado(s)? _____

Hermanos dentro de HYCIG. SI () NO () Exalumnos HYCIG SI () NO ()

Forma en que se enteró del HYCIG _____

¿Qué aspectos del HYCIG, lo hicieron desear el ingreso de su hijo(a) a la Institución?

Motivo por el que decidimos cambiar de instituto _____

Salud.

Estatura _____ Peso _____ Tipo de sangre _____

¿Ha presentado alguna enfermedad? SI () NO () ¿De qué tipo? _____

¿A qué edad? _____ ¿Tipo de tratamiento? _____

¿Aún lo padece? SI () NO ()

¿Es alérgico algún tipo de medicamento? SI () NO () ¿Cuál? _____

¿Es alérgico algún alimento? SI () NO () ¿Cuál? _____

¿Toma algún medicamento? SI () NO () ¿Cuál? _____

Motivo _____ Tiempo de consumirlo _____

Otras alergias _____

Ha recibido o recibe atención Psicológica () Psiquiátrica () Neurológica ()

Especifique diagnóstico, tratamiento y periodo de atención _____

Estructura familiar.

Nombre de la madre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Vive SI () NO ()
Día Mes Año

Lugar de nacimiento _____

Ocupación _____

Lugar de trabajo _____ Horario _____

Escolaridad (carrera o último grado de estudios) _____

Correo electrónico _____

Teléfono(s) _____/_____/_____
Casa Oficina Celular

Nombre del Padre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Vive SI () NO ()
Día Mes Año

Ocupación _____

Lugar de nacimiento _____

Lugar de trabajo _____ Horario _____

Escolaridad (carrera o último grado de estudios) _____

Correo electrónico _____

Teléfono(s) _____/_____/_____
Casa Oficina Celular

Papá y mamá están:	Casados por la Iglesia _____ Casados por el civil _____ Divorciados _____
	Unión libre _____ Separados _____ Papá soltero _____ Mamá soltera _____
	Papá casado de nuevo _____ Mamá casada de nuevo _____

En caso de estar separados, ¿con quién comunicarse? _____

En caso de emergencia llamar a:

1. _____ Tel _____ parentesco _____
2. _____ Tel _____ parentesco _____
3. _____ Tel _____ parentesco _____

¿Quiénes viven en casa con el/la aspirante? _____

Hay otra persona que participe en la educación de su hijo(a)?

SI () NO () ¿quiénes? _____

Espiritualidad.

Profesa alguna religión SI () NO () ¿Cuál? _____

¿Conoce la Espiritualidad de la Cruz? _____

Ha formado parte de algún grupo de la Espiritualidad Cruz _____

Los datos que aquí se solicitan se requieren para tener un mayor conocimiento del aspirante de tal manera que como colegio podamos orientar nuestras acciones educativas. Agradecemos de antemano la veracidad de sus respuestas y los invitamos a revisar nuestro Aviso de Protección de Datos Personales, publicado en nuestra página web:

www.hycig.edu.mx



Instituto de Humanidades y Ciencias de Guadalajara, A.C.
Félix Rougier 3875. Res. Loma Bonita. 45087 Zapopan, Jal.
Tels. 50.00.16.00 v 50.00.16.01

Departamento psicopedagógico

Historia académica.

1. Mencione los grados académicos cursados en otras instituciones (**mencione nombres de las escuelas**).

2. ¿Cómo ha sido el desempeño escolar de su hijo (a)? (Explique por qué lo considera así)

3. Considera que su hijo(a) ha tenido dificultades en los estudios SI () NO () ¿Cuáles?

4. ¿Qué han hecho o hicieron para solucionarlas o afrontarlas?

5. Mencione algunos de los logros que su hijo(a) ha tenido en los estudios

7. Número de horas que le dedica al estudio _____

8. Mencione algunos hábitos de estudio en su hijo(a)

Uso del tiempo.

1. Televisión y/o Uso de tecnologías SI () NO () ¿Cuántas horas? _____

2. ¿Lo ve o utiliza solo(a) o acompañado(a)? _____

3. ¿Realiza alguna(s) actividad(es) o asiste a alguna(s) clase(s) extraescolar(es)? SI () NO ()

4. ¿Cuál(es) y cuántas horas a la semana?

Dinámica familiar.

1. Mencionen las actividades que suele compartir con su hijo(a).

Papá: _____

Mamá: _____

2. Mencionen algunas normas familiares

3. En caso de no cumplir con alguna norma del hogar o escolar, ¿cuáles son las consecuencias en casa? _____

4. ¿Cómo se toman las decisiones relacionadas con la formación de su hijo(a)?

5. ¿Se le delegan responsabilidades en el hogar? SI () NO()
¿Cuáles? _____

6. Describa a su hijo(a)

Papá: _____

Mamá: _____

7. Mencione algún evento significativo en la vida de su hijo(a) y por qué

8. ¿Su hijo(a) ha atravesado por alguna situación compleja en su vida? SI () NO() explique

¿Cómo considera y describe que es su relación con su hijo(a)?

Papá: _____

Mamá: _____

Antecedentes del desarrollo

Prenatales

Embarazo: Normal ____ Con problemas ____ Especifique _____
Este embarazo fue: Planeado **SI () NO ()** Número de hijo(a) que es _____

Parto: Normal ____ Por cesárea ____ Con problemas ____ Especifique _____

Período de gestación: _____ meses **PESO AL NACER** _____

¿Estuvo en incubadora? **SI () NO ()** ¿cuánto tiempo? _____

¿Presentó depresión postparto? **SI () NO ()**

Lactancia

¿Succionó bien al nacer? **SI () NO ()** Pecho: **SI () NO ()** ¿Cuánto tiempo? _____ Biberón: **SI () NO ()** ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Utilizó chupón? **SI () NO ()** ¿Desde cuándo y cuánto tiempo? _____ ¿A qué edad comió otro alimento? _____

¿Ha sido hospitalizado por alguna razón? **SI () NO ()** ¿Por qué? _____

¿El niño ha requerido algún tipo de tratamiento especial? **SI () NO ()** ¿Por qué? _____

¿De qué tipo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿A qué edad logró el control de esfínteres? Diurno _____ Nocturno _____

¿Usa pañal? **SI () NO ()** ¿Se orina en la cama? **SI () NO ()**

Desarrollo psicomotor

Especificar a qué edad: Sostuvo su cabeza _____ meses Se sentó _____ meses Gateó _____ meses Caminó _____ meses Comió solo _____ ¿Tiene

problemas de equilibrio? **SI () NO ()** ¿Tiene problemas de coordinación? **SI () NO ()**

¿El niño necesita algún tipo de aparato ortopédico? **SI () NO ()**

Lateralidad: Diestro ____ Zurdo ____ Aún no define ____ ¿se asea solo? **SI () NO ()**

¿El niño presenta alguna de las siguientes conductas?

Morderse las uñas () Mover las piernas () Mover los dedos () Morderse la mano ()

Golpearse la cabeza () Jalarse el pelo () Tics () Balanceo del cuerpo ()

Oler objetos () Fijar la vista en la luz () Otro _____

¿En qué momento o situación lo hace? _____

¿Desde cuanto lo presenta? _____ ¿Qué ha hecho usted al respecto?

Aspecto sensorial

¿Usa anteojos? _____ ¿Qué problema presenta?

¿Ha notado si le duelen, le lloran o se talla frecuentemente los ojos?

¿Ha notado si se le dificulta ver objetos? _____ ¿Ha padecido infecciones en los oídos? **SI () NO ()**

¿Le ha notado algún problema para escuchar? **SI () NO ()** ¿El niño ejecuta adecuadamente las instrucciones que se le indican? **SI () NO ()**

Tipo de sueño: Tranquilo _____ Intranquilo _____ ¿Cuántas horas duerme por la noche? _____ ¿Hace siesta? _____ ¿A qué hora? _____ ¿Hora que regularmente se duerme? _____ ¿Tiene habitación propia? **SI () NO ()** ¿Si comparte la habitación? _____ ¿Con quién(es)? _____

Aspectos del lenguaje

¿Existen antecedentes de algún trastorno de lenguaje en la familia? **SI () NO ()**

¿Existe alguna dificultad para hablar? _____ ¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____ **pronuncia:** Vocales **SI () NO ()** Consonantes **SI () NO ()**

Especificar aquellas con dificultad _____

¿Platica con sus hermanos, amigos, compañeros y/o adultos? **SI () NO ()**

¿El niño hace preguntas? **SI () NO ()** ¿El niño pregunta cosas sin sentido o fuera de lugar? **SI () NO ()**

Actividades de socialización y características de conducta

1. ¿Cómo considera la socialización de su hijo?

2. ¿Qué hace el niño en su tiempo libre?

3. ¿A qué juega?

4. Preferentemente ¿dónde juega?

5. Juegos y juguetes preferidos

6. ¿Con quién comparte sus juguetes?

7. ¿Tiene amigos(as)? **SI () NO ()**

8. Actividades preferidas

9. Personas con las que prefiere estar

10. ¿Pasa algún tiempo en la calle? ¿Con quién(es)?

11. ¿Cómo se relaciona con desconocidos? _____
12. Actitudes que presenta con cierta frecuencia _____
13. ¿Realiza alguna actividad por sí solo? _____
14. ¿El niño resuelve por sí mismo problemas en su vida cotidiana? _____

Aspecto emocional

¿Cómo es el carácter de su hijo?

¿Manifiesta sus emociones y sentimientos? **SI () NO ()**
¿Cuáles son los sentimientos o emociones que más expresa? Enojo () Cariño () Alegría ()
Pena () Tristeza () Otros:

¿Llora con frecuencia? _____ ¿Por qué?

¿Hace berrinche? _____ ¿Por qué?

¿Qué le disgusta?

¿Cómo reacciona cuando se molesta?

¿Qué hacen ustedes?

¿A qué le teme?

¡Gracias por su colaboración!

Nombre y firma de la madre

Nombre y firma del padre