



FICHA PSICOPEDAGÓGICA

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido del estudiante		
Edad:	Fecha de Nac: / /	Lugar de nacimiento:
		
En casos de emergencias: 		
Vive con: Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
Condición de los padres: Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Convivientes <input type="checkbox"/> Solteros <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>		
N° de hijos:	Lugar que ocupa entre ellos: (Marque) 	

DATOS FAMILIARES:

➤ Padre:

Nombre y Apellidos:		Edad:
Fecha de Nac: / /	Lugar de Nac:	 :
Instrucción: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>		
Profesión:	Centro de Trabajo:	
Cargo laboral:	Lugar del centro de trabajo:	

➤ Madre:

Nombre y Apellidos:		Edad:
Fecha de Nac: / /	Lugar de Nac:	 :
Instrucción: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>		
Profesión:	Centro de Trabajo:	
Cargo laboral:	Lugar del centro de trabajo:	

➤ ***Apoderado o tercera persona que cumple con el rol paterno o materno:**

Nombre y Apellidos:		Edad:
Vínculo con el estudiante:		DNI:
Fecha de Nac: / /	Lugar de Nac:	
Instrucción: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>		
Profesión:		Centro de Trabajo:
Cargo laboral:		Lugar del centro de trabajo:

* Debe presentar la carta notarial que lo sustenta.

HISTORIA DE VIDA DEL ESTUDIANTE

Desarrollo Perinatal:

Tiempo de gestación: _____ meses.

Tipo de parto:

Cesárea

Normal

Al nacer: Peso: _____

Talla: _____

Lloró

Padeció asfixia

Estuvo en incubadora

Otros: _____

Recibió: Lactancia materna

Lactancia artificial porque: _____

Desarrollo Evolutivo:

Especifique la edad y si hubo alguna dificultad.

Cogió los objetos con sus manitas	Edad:	Dificultad:
Inició de la ingesta de alimentos solidos	Edad:	Dificultad:
Gateó	Edad:	Dificultad:
Caminó	Edad:	Dificultad:
Balbuceó sus primeras palabras	Edad:	Dificultad:
Habló	Edad:	Dificultad:
Controló de esfínteres	Edad:	Dificultad:

Comportamientos independientes y autónomos:

Marque los comportamientos que realiza su hijo(a) sin ayuda:

Come solo Va al baño solo Arregla su cuarto solo Se cambia solo
Se cepilla los dientes solo Lava sus manos Se pone sus zapatos

• De la alimentación:

Come solo Necesita ayuda para comer Dificultades en la deglución
Dificultades en la digestión Falta de apetito Demora demasiado al comer
Sabe usar cubiertos Está en etapa de lactancia Usa biberón

• De su higiene:

Sabe sonarse la nariz Se peina Se lava su carita
Avisa para ir al baño Necesita ayuda para su higiene Olvida ir al baño
Dificultades en el control de esfínteres Está en el proceso de dejar el pañal

Otros: _____

• Duerme

Solo en su cama y habitación. En su cama en la habitación con sus padres.
En la cama con sus padres

¿Dificultades para dormir? (marque todas las que aplique)

Pesadillas Temores Nocturnos Enuresis Encopresis
Ninguna Otros ¿Cuáles? _____

Dificultades médicas que haya padecido:

Accidentes Operaciones Enfermedades Convulsiones

Si ha marcado alguna de ello por favor especifique lo siguiente:

Describa brevemente la situación:	
Fecha Aproximada	
Tratamiento recibido	

¿En la **actualidad** está siguiendo algún tratamiento o medicación? NO

SI Especifique: _____

¿Su hijo/a tiene algún diagnóstico clínico? NO

SI Especifique: _____

¿Su hijo/a tiene alergias? NO

SI ¿Qué la produce? _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

- ¿Alguno de sus padres o hermanos son zurdos? NO
- SI ¿Quién? _____

Marque las características que muestre su niño/a:

- Se cansa rápido al caminar o correr.
- Cuando corre cae fácilmente.
- Prefiere que lo carguen en lugar de caminar.
- Se sienta derecho en una silla.
- Muestra facilidad para hacer estiramientos.
- Flexibilidad en sus movimientos.
- Sube y baja escaleras sujetándose.
- Cuando se cae no siente dolor.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Marque las expresiones que tiene su niño/a:

- Se entiende lo que quiere decir.
- Nombra objetos y animales.
- Responde con gestos o palabras a preguntas sencillas.
- Cuando quiere algo lo pide señalando.
- Escucha y entiende una indicación.
- Mira a quien le habla.
- Hace garabatos.
- Dice su nombre y apellido.

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

Marque las características que muestra su niño/a:

- Tiene miedo a _____.
- Toma de la mano para caminar en la calle.
- Cuando quiere algo llora.
- Cuando se enoja tira las cosas.
- Es sociable con los amigos de la familia.
- Juega con sus familiares y amigos.
- Prefiere jugar solo/a.
- Es obediente.
- Se chupa el dedo, la mano o algún objeto
- Reacciona pegando cuando no se hace su voluntad.

HISTORIA FAMILIAR

Tiempo en familia:

- **Dinámica familiar:**

- ¿Cómo es la relación entre el padre e hijo(a)
Muy buena Buena Con dificultad Distante
- ¿Cómo es la relación entre la madre e hijo(a)?
Muy buena Buena Con dificultad No la deja sola
- ¿Cómo es la relación con sus hermanos(as) (si tuviera)?
Muy buena Juegan juntos Pelean Discuten

Disciplina en el hogar

- Por lo general ¿Cómo actúa cada uno de los padres con su hijo(a)?

PADRE: Le da lo que le pide Lo castiga Tolerante y firme

MADRE: Justifica sus actitudes Hace las cosas por él/ella Tolerante y firme

- ¿Cómo lo disciplinan en casa? Comente cómo actúa frente a una pataleta.

Padre: _____

Madre: _____

- ¿Cómo reacciona el menor frente a ello?

Tiempo en familia

- Cada día, ¿cuántas horas comparte con su hijo/a?
El padre ____ horas La madre ____ horas
- ¿Qué actividades comparten en casa?

- Mientras usted está en el trabajo. ¿Con quién pasa la tarde su hijo(a)?

Abuelos paternos abuelos maternos Nana

Otros Familiares: _____

Acontecimientos familiares:

Marque el/los acontecimientos que han podido darse en su familia e indique la edad.

	EDAD
<input type="checkbox"/> Nacimiento de un hermano(a).	_____
<input type="checkbox"/> Muerte de algún familiar o persona muy querida por su hijo(a).	_____
<input type="checkbox"/> Separación/ Divorcio de los padres.	_____
<input type="checkbox"/> Abandono por alguno de los padres.	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave de alguno de los padres.	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio familiar	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

HISTORIA ESCOLAR:

- Detalle los Centros de Estimulación o Nidos a los que asistió

Centro de Estimulación/Nido	Edad	Año	LOGROS

- ¿Cómo fue su **adaptación** al Centro de estimulación/Nido?
 - Buena (Se quedó tranquilo sin dificultad)
 - Regular (Lloró al principio luego se quedó solo después de una semana)
 - Con Dificultad (lloró mucho, no quiere quedarse solo).
 - Señale ¿Cómo preparó a su niño/a para que el niño se quede?
-

- Cómo fue su **integración** social:
 - Buena (Se relaciona adultos y pares sin miedo)
 - Regular (Después de una semana empezó a jugar con los amigos y profesores)
 - Con Dificultad (Prefiere jugar solo, no se interrelaciona con sus maestros, no quiso ir al centro)
 - Señale alguna actitud que le pareció favorable o desfavorable en su integración.
-

Firma del padre.

Firma de la madre