



<p><b>*Presenta control motor grueso</b> (correr, saltar, trepar o reptar sin dificultad)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>SÍ</i></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>NO</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si la respuesta es <b>NO</b>, explique brevemente la razón.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		<p><b>*En su actividad motora general se aprecia:</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Normal</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Activo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Hiperactivo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Hipoactivo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Normal		Activo		Hiperactivo		Hipoactivo			
<i>SÍ</i>															
<i>NO</i>															
Normal															
Activo															
Hiperactivo															
Hipoactivo															
<p><b>*¿Ha tenido enfermedades significativas?</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>SÍ</i></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>NO</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si la respuesta es <b>SÍ</b>, indique cuáles</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		<p><b>*¿Ha sido intervenido(a) quirúrgicamente alguna vez?</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>SÍ</i></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>NO</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si la respuesta es <b>SÍ</b>, señale el tipo y fecha (s) de la (las) intervención (es)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>							
<i>SÍ</i>															
<i>NO</i>															
<i>SÍ</i>															
<i>NO</i>															
<p><b>*¿Tiene algún diagnóstico previo o se encuentra actualmente en tratamiento con especialistas?</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>SÍ</i></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><i>NO</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si la respuesta es <b>SÍ</b>, señale aquí motivo y fecha tratamiento. Más abajo, especialidad del respectivo profesional.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Psicólogo(a)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Fonoaudiólogo(a)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Neurólogo(a)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Terap. ocupacional</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Otro*</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>* Especificar: .....</p> <p><i>** Al momento de entrega de esta ficha, es necesario adjuntar certificados o informes que acrediten la atención del o los especialistas que se mencionan.</i></p>		<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		Psicólogo(a)		Fonoaudiólogo(a)		Neurólogo(a)		Terap. ocupacional		Otro*	
<i>SÍ</i>															
<i>NO</i>															
Psicólogo(a)															
Fonoaudiólogo(a)															
Neurólogo(a)															
Terap. ocupacional															
Otro*															

**b) Conductas de autovalía (Marcar con una X)**

1. Cuando al (la) niño(a) se le permite:

	SI	NO	A veces
Se lava solo/a (manos y cara)			
Se viste solo/a			
Se lava los dientes solo/a			
Come solo/a			
Se limpia solo/a después de defecar u orinar			
Duerme solo (a)			

**c) Características socio afectivas**

- Se relaciona espontáneamente con las personas de su entorno natural

<b>Siempre</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Frecuentemente</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nunca</b>	<input type="checkbox"/>

- Colabora en diferentes tareas del hogar

<b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/>
<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>

- Presenta hábitos de cortesía

<b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/>
<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>

- Se integra con pares en grupos de juego

<b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/>
<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>

- Presenta dificultades para adaptarse a situaciones nuevas

<b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/>
<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>

- Presenta control emocional (considerar: "pataletas", llantos, negativismo u otro). Comentar:

.....  
.....  
.....

**d) Dinámica Familiar**

¿Con quién vive el niño/a? .....

¿Tiene más hermanos/as? .....¿cuántos?.....

Lugar que ocupa entre los hermanos/as el (la) postulante.....

¿Quién pasa el mayor tiempo con él/ella? .....

¿Hay alguna información sobre su hijo/a que considere importante informar?

.....  
.....

¿Qué actividades realiza su hijo/a durante su permanencia en casa? Describa brevemente

.....  
.....

**III.**

**1 ¿Por qué han elegido este establecimiento para educar a su hijo/a?**

--

2 ¿Qué aspectos fundamentales esperan que este establecimiento aporte a la Educación de su hijo (a)?

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre

FECHA \_\_\_\_\_