



# INSTITUTO ALCÁZAR SARAPEVA S.C.

## CEDULA DE INSCRIPCIÓN

Fotografía  
Reciente

Nivel \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ALUMNO (A)

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DÍA / MES / AÑO \_\_\_\_\_ EDAD AL 1° DE DIC. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_ R H \_\_\_\_\_ RELIGIÓN \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_ No. DE HERMANOS \_\_\_\_\_  
LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA \_\_\_\_\_ Vive con \_\_\_\_\_ Los papás, ¿viven juntos? Si No  
BECA Si No TIPO SEER ESCOLAR MONTO \$ \_\_\_\_\_

### DATOS ESCOLARES (donde realizó estudios anteriores):

Años cursados de Preescolar \_\_\_\_\_ Escuela (s) \_\_\_\_\_

Primaria (grados) \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos en esta escuela? \_\_\_\_\_

	Nombre (s)	Grado	Nivel
1.			
2.			
3.			

### DATOS DEL PADRE

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_  
EMPRESA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA MADRE

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_  
EMPRESA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

### FICHA DE SALUD

PROCESO DEL EMBARAZO: Normal \_\_\_\_\_ Alguna complicación \_\_\_\_\_

PARTO: Natural \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS A LAS QUE HA SIDO SOMETIDO (A): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especifique y proporcione fechas

ACCIDENTES SUFRIDOS: \_\_\_\_\_ Especifique y proporcione fechas

ENFERMEDADES CRÓNICAS: \_\_\_\_\_ Especifique y proporcione fechas

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO: Hepatitis \_\_\_\_\_ Meningitis \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_  
Otras: \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_ Ortopédicas \_\_\_\_\_

ALERGIA A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: \_\_\_\_\_ Especifique e indique desde qué fecha

¿TOMA PERMANENTEMENTE MEDICAMENTOS? \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

### ANOTE LA EDAD EN QUE SU HIJO(A) LOGRÓ LOS SIGUIENTES ÍTEMS DEL DESARROLLO:

Levantar la cabeza \_\_\_\_\_ Sentarse por sí mismo \_\_\_\_\_ Colocarse boca abajo y arrastrase \_\_\_\_\_ Gatear \_\_\_\_\_ Caminar \_\_\_\_\_  
Saltar en dos pies \_\_\_\_\_ Saltar en un pie \_\_\_\_\_ Correr \_\_\_\_\_ Controlar esfínter anal \_\_\_\_\_ Controlar  
esfínter urinario \_\_\_\_\_ ¿A qué edad pronunció su primera palabra? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad logró expresarse de forma  
comprensible? \_\_\_\_\_ A qué edad adquirió la lecto-escritura? \_\_\_\_\_

### CONTESTE “SÍ” O “NO” SEGÚN CORRESPONDA:

¿Sufre accidentes con frecuencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Se expresa con claridad actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Se ha dado  
cuenta cuáles son las letras que se le dificulta pronunciar? \_\_\_\_\_ ¿Lee con fluidez? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En algún  
momento de su historia académica, le han reportado problemas con: ¿Períodos de atención? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_;  
¿Comprensión lectora? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Razonamiento lógico-matemático? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Memoria? Sí \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ ¿Presenta dificultad para pronunciar letras? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_; ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Su  
peso tiende a estar por arriba del promedio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Muestra preferencia por alimentos como: \_\_\_\_\_

### MARQUE CON UNA “X” LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA LAS CONDUCTAS DE SU HIJO (A):

Su sueño es: Tranquilo \_\_\_\_\_ Inquieto \_\_\_\_\_ Con pesadillas \_\_\_\_\_ Suficiente \_\_\_\_\_ Insuficiente \_\_\_\_\_  
Su carácter es: Sereno \_\_\_\_\_ Explosivo \_\_\_\_\_ Expresivo \_\_\_\_\_ Poco afectivo \_\_\_\_\_ Generalmente manifiesta un  
estado de ánimo: Alegre, festivo \_\_\_\_\_ Triste, depresivo \_\_\_\_\_ Molesto, enojado \_\_\_\_\_ Amable \_\_\_\_\_  
Generalmente su salud ha sido: **Óptima** \_\_\_\_\_, sólo ha presentado las enfermedades propias de la infancia; **Débil** \_\_\_\_\_, se  
enferma con frecuencia \_\_\_\_\_ Presenta problemas dentales \_\_\_\_\_ ó problemas estomacales con frecuencia \_\_\_\_\_  
Presenta problemas respiratorios con frecuencia \_\_\_\_\_.

### OBSERVACIONES:

ANOTE EN ESTE ESPACIO CUALQUIER SITUACIÓN RELACIONADA CON SU HIJO(A) DE LA CUAL NOSOTROS TENDRÍAMOS QUE  
ESTAR EN CONOCIMIENTO Y LA FORMA EN QUE ESPERA PODAMOS APOYARLE EN LA ESCUELA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizamos a las siguientes personas a recoger a nuestro hijo a la salida de la institución y a ser solicitados en caso  
de emergencia:

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

San Luis Potosí a \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN. LA INFORMACIÓN QUE NOS HA PROPORCIONADO SERÁ TRATADA DE FORMA CONFIDENCIAL Y SÓLO EL DOCENTE DE GRUPO Y LA DIRECCIÓN  
ESCOLAR TENDRÁN CONOCIMIENTO DE ELLA, PARA ESTAR EN CONDICIONES DE APOYAR EN CASO NECESARIO. SI ALGUNO DE LOS PUNTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS DEBE  
MODIFICARSE DURANTE EL CICLO ESCOLAR, FAVOR DE HACERLO SABER A LA DIRECCIÓN ESCOLAR A LA BREVEDAD.