



FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ALUMNO (A)

SEMESTRE Y GRUPO: _____

APELLIDO PATERNO * APELLIDO MATERNO *

NOMBRE (S) *

CURP _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO _____

REDES SOCIALES DEL ALUMNO: ☐ WHATSAPP ☐ Facebook ☐ INSTAGRAM ☐ TWITTER ☐ TIK TOK

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE DE QUIEN SERÁ EL RESPONSABLE EN LA ESCUELA:

PARENTESCO: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO _____

NOMBRE DEL PADRE O MADRE DISTINTO AL RESPONSABLE QUE INSCRIBE:

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA: _____

- BAJO PROTESTA ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR INFORMACION VERIDICA
- ESTA INFORMACION ESTA PROTEGIDA POR LA LEY DE DATOS.
- EN CASO DE SER NECESARIO SE REQUERIRA SU PRESENCIA EN EL AREA DE ORIENTACION EDUCATIVA
- EN CASO DE SER NECESARIO SE INFORMARÁ A LOS DOCENTES PARA SU ADECUADO ACOMPAÑAMIENTO





ALUMNO: _____ SEMESTRE Y GRUPO: _____

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

Marca solo un óvalo

☐ CASADOS ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SOLTEROS ☐ DIVORCIADOS ☐ AUSENTES
☐ SEGUNDO MATRIMONIO ☐ VIUDO (A) ☐ AUSENTES ☐ SEPARADOS

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS DE LA MADRE

Marca solo un óvalo.

☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ BACHILLERATO ☐ LICENCIATURA

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS DEL PADRE

Marca solo un óvalo

☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ BACHILLERATO ☐ LICENCIATURA

¿EL ALUMNO VIVE CON?

Marca solo un óvalo.

☐ AMBOS PADRES ☐ PADRE ☐ MADRE ☐ ABUELOS ☐ TÍOS
☐ OTRA PERSONA SIN PARENTESCO

¿EL ALUMNO TIENE HERMANOS?

☐ SI ☐ NO

¿CUANTOS? _____ ¿EL ALUMNO QUE LUGAR OCUPA JUNTO A SUS HERMANOS? _____

¿EL ALUMNO TIENE UN LUGAR DESTINADO PARA REALIZAR SUS TAREAS? ☐ SI ☐ NO

¿TIENE HORARIOS EN CASA? ☐ SI ☐ NO ☐ A VECES

¿REVISAS USTED SUS TAREAS ESCOLARES REGULARMENTE? ☐ SI ☐ NO ☐ A VECES

¿QUIEN APOYA MÁS A SU HIJO EN CASA? Marca solo un óvalo ☐ AMBOS PADRES ☐ MADRE ☐ PADRE

☐ HERMANOS ☐ ABUELOS ☐ TÍOS ☐ NADIE

¿LA CASA DONDE VIVE ES?

Marca solo un óvalo.

☐ PROPIA ☐ RENTADA ☐ DE FAMILIARES ☐ PRESTADA

¿CON QUE SERVICIOS CUENTA?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

☐ LUZ ☐ AGUA ☐ DRENAJE ☐ TELÉFONO ☐ INTERNET

INGRESOS MENSUALES EN CASA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA: _____

- BAJO PROTESTA ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR INFORMACION VERIDICA
- ESTA INFORMACION ESTA PROTEGIDA POR LA LEY DE DATOS.
- EN CASO DE SER NECESARIO SE REQUERIRA SU PRESENCIA EN EL AREA DE ORIENTACION EDUCATIVA
- EN CASO DE SER NECESARIO SE INFORMARÁ A LOS DOCENTES PARA SU ADECUADO ACOMPAÑAMIENTO





SERVICIO MÉDICO

ALUMNO: _____ SEMESTRE Y GRUPO: _____

EL ALUMNO CUENTA CON SERVICIO MÉDICO EN:

☐ ISSSTE ☐ IMSS ☐ ISFAM ☐ INSABI ☐ OTRO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

¿EL ALUMNO PADECE ALGUNA CONDICIÓN O ENFERMEDAD? ☐ SI ☐ NO

EN CASO DE QUE SI, MENCIONE DETALLES: _____

¿LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO? ☐ SI ☐ NO

¿EN CASO DE QUE SI, CUAL? _____

¿EN LA ESCUELA SE DEBE OBSERVAR ALGÚN TIPO DE CUIDADO? ☐ SI ☐ NO

¿CUÁL? _____

¿EL ALUMNO PRESENTA LESIONES RECIENTES O PASADAS? ☐ SI ☐ NO

¿CUÁL? _____

¿EXISTE ALGUNA RAZÓN POR LA QUE EL ALUMNO NO DEBA PRACTICAR ACTIVIDADES FÍSICAS?

☐ SI ☐ NO EN CASO DE QUE SI, DEBERÁ ANEXAR EL EXPEDIENTE O ANTECEDENTES

GRUPO SAGUINEO: ____ ALERGIAS: _____ EL ALUMNO USA: ☐ LENTES

☐ PROTESIS ☐ APARATO COCLEAR

☐ APARATO ORTOPÉDICO ☐ NINGUNO

¿OPERACIONES RECIENTES O PASADAS? ☐ SI ☐ NO

EN CASO DE QUE SI, DESCRIBALAS: _____

EN CASO QUE SU HIJO SE ENFERME:

☐ LO AUTORECETA ☐ LO LLEVA AL SERVICIO DE SALUD CORRESPONDIENTE

SU HIJO TOMA ALGUN MEDICAMENTO PREESCRITO POR ALGUN MEDICO ☐ SI ☐ NO

¿CUÁL? _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

- BAJO PROTESTA ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR INFORMACION VERIDICA
- ESTA INFORMACION ESTA PROTEGIDA POR LA LEY DE DATOS.
- EN CASO DE SER NECESARIO SE REQUERIRA SU PRESENCIA EN EL AREA DE ORIENTACION EDUCATIVA
- EN CASO DE SER NECESARIO SE INFORMARÁ A LOS DOCENTES PARA SU ADECUADO ACOMPAÑAMIENTO





PSICOLOGÍA EDUCATIVA

ALUMNO: _____ GRADO Y GRUPO: _____

RESPONSABLE: _____ CEL: _____

¿EL ALUMNO HA SIDO ENVIADO A RECIBIR APOYO DURANTE SU ESTANCIA EN LA ESCUELA PRIMARIA?

☐ SI ☐ NO

EN CASO DE QUE SI, DE QUE TIPO

☐ DE APROVECHAMIENTO ☐ DE CONDUCTA ☐ DE ADICCIÓN ☐ PSICOLÓGICO

¿EL ALUMNO FUE DIAGNOSTICADO? ☐ SI ☐ NO

¿CUAL FUE EL DIAGNOSTICO?: _____

¿EL ALUMNO ESTA O ESTUVO BAJO ALGÚN TRATAMIENTO? ☐ SI ☐ NO

DE QUE TIPO, DESCRIBALO: _____

EL ALUMNO DURANTE SU TRAYECTORIA ACADEMICA ESTUVO CANALIZADO A:

Selecciona todas las opciones que correspondan.

☐ USAER ☐ CAM ☐ PSICOLOGÍA ☐ CIJ ☐ OTRO ☐ NINGUNO

¿CUÁL HA SIDO SU AVANCE? _____

DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, MARQUE EL QUE HAYA EXPERIMENTADO EL ALUMNO

Selecciona todas las opciones que correspondan.

☐ MUERTE DEL PADRE ☐ MUERTE DE LA MADRE ☐ MUERTE DE UN HERMANO ☐
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO ☐ DIVORCIO DE SUS PADRES
☐ EVENTO TRAUMÁTICO FUERTE ☐ OTRO ☐ NINGUNO

¿HACE CUANTO SUCEDIÓ? _____

¿LE HA AFECTADO EN SU CONDUCTA? _____

HA NOTADO CAMBIOS DE CONDUCTA DRASTICAS EN SU HIJO O HIJA RECIENTEMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

- BAJO PROTESTA ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR INFORMACION VERIDICA
- ESTA INFORMACION ESTA PROTEGIDA POR LA LEY DE DATOS.

• EN CASO DE SER NECESARIO SE REQUERIRA SU PRESENCIA EN EL AREA DE ORIENTACION EDUCATIVA

• EN CASO DE SER NECESARIO SE INFORMARÁ A LOS DOCENTES PARA SU ADECUADO ACOMPAÑAMIENTO

