



FICHA PSICOLÓGICA

Fecha: ___ / ___ / ___

I. DATOS GENERALES

Nombre del niño:		
Edad:	Fecha Nacm:	Lugar Nacim:
Dirección:		Telf:
Grado al que postula:		Nivel:

II. DATOS FAMILIARES

(Padre, madre, hermanos y otras personas cercanas al niño/a).

Nombre	Parentesco	Edad	Vive en Casa c/niño(a)		Ocupación	Nivel de Instrucción		Estado Civil
			SI	NO		Superior	Secundaria	

En el caso de que los padres sean separados o divorciados responda lo siguiente:

¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo este evento? Mi hijo/a tenía ___

¿Cuál fue la reacción del niño/a? _____

¿Cómo es la relación actual entre los padres? _____

De los padres:

Estado Civil:	Solteros <input type="radio"/>	Convivientes <input type="radio"/>	Casados <input type="radio"/>
	Divorciados <input type="radio"/>	Separados <input type="radio"/>	Viudo/a <input type="radio"/> Cuál _____
Patria potestad: _____		Religión familiar: _____	

III. INFORMACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

Quién lo/a prepara para ir al colegio? _____ Quién lo/a recoge? _____

Con quién pasa la mayor parte del día? _____

Qué hace al regresar del colegio? _____

Con qué suele jugar/tipos de juego, hobbies _____

Qué hace los fines de semana? _____

IV. HISTORIA DEL NIÑO

Desarrollo pre-natal y embarazo

Concepción: Planificada Natural Tratamiento

Cómo fue el embarazo? _____

Cómo se sentían emocionalmente madre y padre? _____

Hubo alguna dificultad/complicación en padre, madre, niño/a? (indicar tiempo) _____

Hubo complicaciones en el parto? _____ Tipo de parto: _____

Usó incubadora? (indicar tiempo) _____ Motivo: _____

Al nacer: cuál fue el Peso: _____ y Talla: _____ Apgar: _____

Esperaban que fuera niño/niña? _____

Quién le puso el nombre? _____

Alimentación

Tomó leche: Materna Formula Mixta Tiempo: _____

A que edad fue el destete o retiro del biberón? _____

Disfruta de la hora de la comida? _____

En caso de inicial/ 1º grado: Come solo/a? _____

Tiene horario regular para comer? Cuál y con quién? _____

Tiene alguna dificultad en su alimentación? _____

Sueño

Cómo fue el sueño durante los primeros años? _____

Actualmente duerme solo en su cama? Se pasa a la cama de los padres?

Comparte su habitación, con quién? _____

Actualmente duerme desde las ____ hasta las ____

Tiene manera especial de irse a la cama? _____

Tiene pesadillas? De qué tratan? _____

Su sueño es: Intranquilo Habla Babea Rechina dientes Se mueve mucho

Sereno Araña Se cae de la cama Es sonámbulo Temores nocturnos

Hábitos Higiénicos

Quién le cambiaba los pañales de bebe? _____

A que edad dejó los pañales de día y de noche? _____

Con quién aprendió a controlar orina y heces? _____

Hubieron dificultades en el proceso? _____

Alguna vez dejó de controlar / “se hizo en el pantalón” _____

(Sólo para Inicial y 1° grado) Va al baño solo/a? Con quién? _____

Con quien se baña? _____ Tiene problemas digestivos? _____

Desarrollo Psicomotor

A qué edad: Gateó _____ Se sentó _____ Se paró solo _____ Caminó solo _____

Tiene o tuvo tendencia a caerse o golpearse? Explique _____

Lenguaje

A qué edad empezó a hablar? _____

Cuáles fueron sus primeras frases? _____

Presenta alguna dificultad en el habla? (Especificar) _____

-Tratamiento y tiempo: _____

Verbaliza sus necesidades? _____

Mantiene un diálogo coherente? _____

Salud general

En general, cómo es la salud de su hijo(a)? _____

Señale qué enfermedades ha tenido su hijo(a) (eruptivas y demás):

Enfermedad	Edad	Duración	Gravedad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tiene problemas respiratorio, hormonales, digestivos, otros? _____

Sigue algún tipo de tratamiento (Psicol, leng, médico,...)? Tiempo. _____

Ha pasado por operaciones u hospitalizaciones? (Tiempo). _____

Ante los siguientes estímulos su reacción es:

Luces: () Natural () desmesurada	Sonido: () Natural () desmesurada	Personas extrañas: () Natural () desmesurada
---------------------------------------	--	---

Hábitos (Solo en caso de Inicial y 1° grado)

Requiere un objeto especial para dormir? _____

Se chupa el dedo? Manejo. _____

Se come las uñas? Manejo. _____

Se soba los ojos y la nariz (por alergias). _____

Suele mentir? Manejo. _____

Hace pataletas? Manejo. _____

Se orina en la cama? SI NO Día Noche

Suele pegar a otro? _____

Área vincular y social

Ha habido separación prolongada de la familia? (motivo y tiempo). _____

Cómo reaccionó con nacimiento de hermano/primo? _____

Tiene amigos fuera del colegio? _____

Se adapta fácilmente a grupos nuevos? _____

Espera que lo inviten Toma la iniciativa Se aparta

Prefiere jugar con niños de edad: Igual a la de él Mayores Menores

Respetar normas o límites en casa? SI NO Papá Mamá Otro: _____

De qué forma corrige a sus hijos: _____

Le reconocen logros o buen comportamiento? Cómo _____

Acepta elogios SI NO Acepta caricias: SI NO

Tiene sentido del humor? _____

Cuando se porta mal cómo lo castigan? _____

Suele convencer a los padres a que no cumplan el castigo? _____

En momentos difíciles usan castigo verbal, físico? _____

Si procede físicamente se arrepiente Ud. luego? _____

Cómo reacciona él/ella ante el castigo? _____

V. AMBIENTE FAMILIAR

Cómo describiría la relación con su hijo/a? A qué suelen jugar? Mamá. _____

Cómo describiría la relación con su hijo/a? A qué suelen jugar? Papá. _____

Cómo es la relación entre hermanos? _____

La relación entre los padres es: Buena Mala Regular

Cuando discuten lo hacen: Frente al niño/a A solas Se agreden

Son afectuosos frente al niño/a? Reacción _____

Cómo describiría el ambiente familiar? _____

Firma del Padre

Firma de la Madre