



Foto del
postulante

DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO

FICHA INFORMATIVA 2025

Llenar y enviar al correo mponte@dalighieri.edu.pe

Fecha: ___ / ___ / 2024

I. DATOS GENERALES

Nombre del/la estudiante:		
Edad actual:	Fecha Nacimiento:	Lugar Nacimiento:
Dirección:		Teléf.:
Grado al que postula:		Nivel:

II. DATOS FAMILIARES

(Padre, madre, hermanos y otras personas que vivan con el estudiante).

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

En el caso de que los padres no vivan juntos responda lo siguiente:

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

Mi hijo/a tenía _____

¿Cuál fue la reacción del/la estudiante? _____

¿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"/>
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? _____
¿Tiene alguna rutina? ¿Cómo es? _____

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 el embarazo?

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

¿Usó incubadora? (indicar tiempo) _____ Motivo: _____

Al nacer: Peso: _____ Talla: _____ Apgar: _____

¿Esperaban que fuera niño/niña? _____

¿Quién le eligió su nombre? _____

Alimentación

Tomó leche: Materna Fórmula Mixta Tiempo: _____

¿A qué edad fue el destete o retiro del biberón? _____

¿Presentó alguna dificultad en la lactancia? _____

En caso de inicial/ 1° 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? _____

Si Comparte su habitación, ¿con quién la comparte? _____

Actualmente, duerme desde las _____ hasta las _____ ¿Realiza siestas en el día cuántas? _____

¿Tiene una 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 qué edad dejó los pañales de día y de noche? _____

¿Hubo dificultades en el proceso? _____

¿Alguna vez dejó de controlar? _____ ¿“Se hizo en el pantalón”? _____

(Sólo para Inicial y 1er grado):

¿Va al baño solo/a? _____ ¿Con quién? _____

¿Con quién se baña? _____ ¿Tiene problemas digestivos? _____

Desarrollo Psicomotor

¿A qué edad? /meses: Gateó _____ Se sentó _____ Se paró solo _____

Caminó solo (edad/meses): _____

¿Tiene o tuvo tendencia a caerse o golpearse? Explique _____

Lenguaje

¿A qué edad empezó a hablar? _____

¿Cuáles fueron sus primeras palabras? _____

¿A qué edad empezó a hablar con fluidez (frases)? _____

¿Presenta alguna dificultad en el habla? (Especificar) _____

¿Llevó terapia/estimulación? ¿Cuánto tiempo?: _____

¿Verbaliza sus necesidades? _____

¿Mantiene un diálogo coherente? _____

Salud general

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

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

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

¿Tiene problemas respiratorios, hormonales, digestivos, otros?

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

¿Con qué vacunas cuenta? _____

Tipo de sangre _____

¿Su niño presenta alguna necesidad que requiera atención? (¿audición, visión, psicomotricidad, lenguaje, atención, aprendizaje, médica, conductual, etc.? (mencione qué tipo) _____

¿Lleva o ha llevado terapia de rehabilitación física, de audición, psicomotricidad, lenguaje, atención, aprendizaje, médica, conductual, ocupacional, sensorial, emocional, etc. (mencione la terapia que llevó o lleva y el tiempo de duración)?

_____.

¿Su niño(a) ha sido evaluado por? (marcar con un aspa) y complete la información:

Profesional	Fecha	Centro y/o especialista particular
() Especialista en Lenguaje habla y/o voz		
() Especialista en medicina ocupacional		
() Especialista en aprendizaje		
() Psicólogo		
() Neurólogo		
() Otro		

Alguna observación o comentario adicional que cree sea importante señalar:

Hábitos (solo en caso de Inicial y 1er grado)

- ¿Requiere un objeto especial para dormir?
- ¿Se chupa el dedo?
- ¿Se come las uñas?
- ¿Se lleva objetos a la boca?
- ¿Se soba los ojos y la nariz por alergias?
- ¿Suele mentir? ¿Cómo intervienen en casa?

¿Requiere un objeto especial para dormir?

¿Hace pataletas? Manejo _____

¿Se orina en la cama? SÍ NO Día Noche

¿Suele pegar a otros? ¿Cómo intervienen en casa? _____

Área Desarrollo Social

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

¿Cómo reaccionó con nacimiento de hermano/primo? _____

¿Tiene amigos fuera del colegio? _____

¿Comparte sus cosas fácilmente? _____

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

¿Le reconocen logros o buen comportamiento? _____ ¿Cómo? _____

¿Acepta elogios? SÍ NO ¿Acepta caricias? SÍ NO

Cuando se porta mal, ¿cómo intervienen en casa? _____

¿Suele convencer a los padres a que no cumplan las consecuencias? _____

En momentos difíciles, ¿usan castigo verbal, físico? _____

Si procede físicamente, ¿se arrepiente usted luego? _____

¿Cómo reacciona él/ella ante una llamada de atención? _____

V. AMBIENTE FAMILIAR

¿Cómo describiría la relación con su menor hijo/a? ¿A qué suelen jugar? (mamá)

¿Cómo describiría la relación con su menor hijo/a? ¿A qué suelen jugar? (papá)

¿Cómo es la relación entre hermanos? _____

La relación entre los padres es: Buena Mala Regular

¿Son afectuosos frente al niño/a? Reacción _____

¿Cómo describiría el ambiente familiar? _____

VI. ÁREA ESCOLAR (marcar con una X y completar)

- Recibió estimulación temprana Sí No Donde: _____
- Actualmente asiste a una Guardería o Nido. Sí No Donde: _____

¿Le han comunicado alguna dificultad en el Nido o Colegio al que asiste? (marcar una de las opciones). _____

	Conductual		Emocional		Aprendizaje		Atención		Sensorial
--	-------------------	--	------------------	--	--------------------	--	-----------------	--	------------------

Explique:

- ¿Cómo es el desempeño escolar de su menor hijo(a)? (comente)

Declaro que toda la información señalada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes, ni faltando a la verdad en ningún punto en favor de mi menor hijo(a).

De confirmarse que las respuestas en esta ficha no se ajustan a la verdad, aceptaré las disposiciones que el Colegio estime conveniente.

Persona que llena la ficha:

Nombre y Apellidos

Tipo de relación

Firma
