



FICHA PSICOPEDAGOGICA

FI-06 / Rev. 0

Fotografía

Fecha:

Nombre del alum@	Fecha de nacimiento					
	día	mes	año			

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre		Escolaridad	
		<input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Maestría o Doctorado Otros: <input type="text"/>	
Edad	Profesión		
Nombre de la madre		Escolaridad	
		<input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Maestría o Doctorado Otros: <input type="text"/>	
Edad	Profesión		
Estado civil de los padres		El alumno vive con:	
<input type="radio"/> Casados <input type="radio"/> Separados <input type="radio"/> Viuda (o)		<input type="radio"/> Ambos padres <input type="radio"/> Mamá <input type="radio"/> Papá Otros: <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Divorciados <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Madre/ Padre soltera (o)			
Número de hermanos en casa	Lugar que ocupa	Otras personas que viven en el hogar	

¿Quién se hace cargo del niño fuera del horario escolar?
¿Realiza alguna actividad extra escolar? (especifique)

ANTECEDENTES DE DESARROLLO

¿Tuvo algún problema durante el embarazo?	SI	NO	Especifique
Caídas			
Infecciones			
Preeclamsia			
Amenaza de aborto			
Intoxicaciones			
Radiaciones			
Drogas			
Incompatibilidad sanguínea			
Otros			

¿Tuvo algún problema en el parto?			
	SI	NO	Especifique
Prematuro			
Fórceps			
Cesárea			
Falta de oxígeno			
Otro			
Edad aproximada en la que empezó a:			
	Años		meses
Gatear			
Caminar			
Emitir sus primeras palabras			
Controlar esfínteres			

HISTORIA MÉDICA

Peso al nacer	Peso actual		Estatura actual		Grupo sanguíneo	
Horas de sueño	Horario de sueño					
	De		a			horas
¿Padece dificultades para dormir?						
	SI	NO	Especifique			
Pesadillas						
Temores nocturnos						
Sonambulismo						
Exceso de sueño						
Ronquido						
Insomnio						
Apnea de sueño						
¿Su hij@ presentado algunos de los siguientes padecimientos?						
	SI	NO	Especifique			
Problemas visuales						
Problemas auditivos						
Problemas motrices						
Pie plano						
Cefaleas						
Asma						
Alergias						
Convulsiones						
Traumatismos cefálicos con pérdida de la conciencia						
Hospitalización						
Intervención quirúrgica						
El estado de salud de su hij@ es:			Bueno (○)	Regular (○)	Malo (○)	
¿Padece actualmente alguna enfermedad (especifique)						
¿Toma actualmente algún medicamento?						
¿Presenta anomalías en su apetito?						
¿Qué desayuna?						
¿Ha recibido algún apoyo o terapia específica?						
Motivo	Edad en que inició			Duración		

PERSONALIDAD, CONDUCTA Y ADAPATACIÓN SOCIAL

¿Presenta temor especial hacia alguna cosa o evento en particular? (especifique)					
¿Presenta atracción especial hacia alguna cosa o evento en particular? (especifique)					
¿Qué responsabilidad tiene su hij@ en casa?					
¿Quién verifica que el niñ@ cumpla sus responsabilidades?					
¿Qué hace cuando su hij@ no obedece?					
¿Su hij@ ha presentado alguna de las siguientes conductas?					
	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Hace berrinches					
Es agresivo					
Se autoestimula					
Se chupa el dedo					
Se orina en la cama					
Se muerde las uñas					
Se priva					
Se balancea					
Tiene algún tic					
Come en exceso					
Rechaza los alimentos					
Llora excesivamente					
Incontinencia intestinal					
No permanece en su cama					
Prefiere estar solo					
Prefiere las cosas a las personas					

Nombre y firma de la persona que llenó la ficha:

--