



FICHA PSICOPEDAGÓGICA 20..... (sírvese llenar los datos con letra imprenta y clara)

| DATOS DEL NIÑO(A): | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|--|
| • Nombres y Apellidos | | | |
| • Lugar de nacimiento | | Fecha de nacimiento | |
| • Número de hermanos | | Lugar que ocupa entre el niño(a) | |
| • Colegio o Nido de procedencia | | | |

DATOS FAMILIARES:

| PADRE | |
|---|--|
| • Nombres y apellidos | |
| • Lugar y Fecha de Nacimiento | |
| • Colegio (Estudios primarios) | |
| • Colegio (Estudios secundarios) | |
| • Universidad o Instituto donde cursó estudios superiores | |
| • Profesión | |
| • Ocupación | |
| • Deporte (s)/hobbies | |
| MADRE | |
| • Nombres y apellidos | |
| • Lugar y Fecha de Nacimiento | |
| • Colegio (Estudios primarios) | |
| • Colegio (Estudios secundarios) | |
| • Universidad o Instituto donde cursó estudios superiores | |
| • Profesión | |
| • Ocupación | |
| • Deporte (s)/hobbies | |

Situación actual de los padres: (indicar el tiempo entre paréntesis)

- a) Casados ()
- b) Separados ()
- c) Divorciados ()
- d) Convivientes ()
- e) Viudos ()
- f) Soltero ()
- g) Otro (especificar)

Hermanos (registrar TODOS los hermanos del menor, incluir si tuviera(n) hijo(a)(os) de otro compromiso:

| Nombre y Apellidos | Edad | Colegio | Grado Escolar |
|--------------------|------|---------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Personas que viven en el hogar:

| Nombre y Apellidos | Edad | Tipo de relación |
|--------------------|------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Persona que cuida al niño (a) al llegar a casa: _____

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL NIÑO:

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____

¿Actualmente hace buen uso del lenguaje? Si () NO ()

¿Usa biberón? _____

¿Usa pañal? _____

Respecto a su sueño:

Tranquilo () Irritable () Ligerero () Profundo () Insomnio () Sonámbulo ()
Pesadillas () Terrores nocturnos () Rechina dientes () Quejumbroso ()

Horario: _____

¿Comparte su dormitorio? Si () NO () ¿con quien? _____

¿Comparte su cama? Si () NO () ¿con quien? _____

¿Necesita compañía para dormir? Si () NO ()

¿Necesita luz para dormir? Si () NO ()

¿A qué le tiene miedo?

¿Le gusta estar en compañía de otros niños? _____

¿Cómo se comporta con ellos? _____

¿Cómo es su comportamiento con sus hermanos y/o primos? _____

¿Cómo se relaciona con otras personas? _____



¿Cómo expresa sus estados de ánimo?

¿Demanda atención de los adultos? NO (___) SI (___) ¿En qué situaciones o lugares?

¿Hace rabietas o pataletas? NO (___) SI (___) ¿Cuándo?

¿Tiene curiosidad por las cosas que lo rodean? NO (___) SI (___) . Especifique

¿Al vestirse, se quita o pone alguna prenda por si solo(a) ?

¿Recoge y guarda sus juguetes?

En breves palabras, describa a su hijo(a)

AMBIENTE FAMILIAR:

| |
|---|
| Personas a cargo de la crianza del niño(a) |
| Tiempo que mamá comparte con el niño(a) |
| Tiempo que papá comparte con el niño (a) |
| ¿Qué actividades recreativas realizan en familia? |
| ¿Quién está a cargo de la disciplina en casa? |
| ¿A quién obedece más? |
| ¿Qué estrategias suelen utilizar? |
| Resultados obtenidos: |
| Obstáculos que se presentan: |
| SALUD |
| Enfermedades |
| Accidentes |
| Hospitalizaciones |
| Dificultades visuales |
| Dificultades auditivas |
| Otras (alergias, etc) |

ESCOLARIDAD

| |
|----------------------|
| Etapas pre – escolar |
| Edad de inicio |
| Adaptación |
| Rendimiento |



¿Qué habilidades y destrezas identifica en su niño/a?

¿Su niño(a) realiza alguna actividad fuera del horario escolar?

¿Su niño(a) presenta necesidad en alguna(s) de las siguientes áreas:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Psicomotriz | <input type="checkbox"/> Conductual |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje | <input type="checkbox"/> Socioemocional |
| <input type="checkbox"/> Sensorial | <input type="checkbox"/> Atención |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

Mencione de qué tipo:

- En alguna oportunidad, en el nido, centro de estimulación, talleres, consulta pediátrica o en otro lugar, ¿han recibido ustedes la sugerencia de realizar alguna evaluación adicional a su niño(a) sea de lenguaje y aprendizaje, psicológica, audiométrica, psicomotriz, neuropsiquiátrica, etc? De ser así, sustente el motivo de dicha recomendación:

¿Su niño ha sido evaluado por?

| Profesional | Fecha | Centro y/o Psicólogo/a particular |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| Especialista en lenguaje, habla, voz. | | |
| Especialista en psicomotricidad | | |
| Especialista de aprendizaje | | |
| Psicólogo | | |
| Neurólogo | | |
| Otro | | |

¿Participan en alguna actividad de acción social y/o religiosa? _____



Colegio de los Sagrados Corazones

BELÉN

“Amando educamos, humanizamos
y transformamos corazones”

¿Han participado de los Programas de Escuela de Padres? SI (___) NO (___)

¿Dónde? _____

¿Cuánto tiempo? _____

Alguna observación o comentario adicional que creen ustedes que es importante señalar:

Declaro que toda la información señalada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes, no faltando a la verdad en ningún punto.

De confirmarse que las repuestas en esta ficha se falta a la verdad, aceptaré las disposiciones que el Colegio estime conveniente.

Personas que llenan la ficha:

| Nombre y Apellidos | Tipo de relación | Firma |
|--------------------|------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Fecha: _____

