

**SRES PADRES: POR FAVOR COMPLETAR LA  
SIGUIENTE FICHA, ENVIAR POR MAIL A  
[coelmgaltucuman@hotmail.com](mailto:coelmgaltucuman@hotmail.com) Y LLEVARLA  
IMPRESA EL DÍA DE LA EVALUACIÓN  
PSICOPEDAGÓGICA**

**FICHA PERSONAL DEL ALUMNO**  
**NIVEL INICIAL Y PRIMARIO**

Nivel(Sala/grado):..... Año: 2024

Nombre y Apellido del niño:.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:..... DNI.....

Domicilio:..... TEL FIJO:.....

Localidad:.....

**NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE PARENTAL 1**

.....

Edad..... DNI.....

Ocupación:..... Celular.....

Domicilio..... Provincia:.....

Nivel educativo (**marque con una cruz junto a la opción que corresponda al MAYOR NIVEL por usted alcanzado**):

**Primario** completo ..... incompleto ..... **Secundario** completo ..... incompleto .....  
**Terciario** completo ..... incompleto ..... **Universitario** completo ..... incompleto .....

¿Vive?: SI..... NO..... Causa (completar en caso que haya fallecido).....

**NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE PARENTAL 2**

.....

Edad: ..... DNI:.....

Ocupación:..... Celular.....

Domicilio:..... Provincia:.....

Nivel Educativo (**marque con una cruz junto a la opción que corresponda al MAYOR NIVEL por usted alcanzado**):

**Primario** completo ..... incompleto ..... **Secundario** completo ..... incompleto .....  
**Terciario** completo ..... incompleto ..... **Universitario** completo ..... incompleto .....

¿Vive?: SI..... NO..... Causa (completar en caso que haya fallecido).....

**SITUACION FAMILIAR**

¿Los padres están casados?.....Otros comentarios:.....

¿Con quién vive el niño?.....

¿Es adoptado?: ..... En caso afirmativo, ¿el niño tiene conocimiento?.....

Número de hijos de la pareja:.....  
Lugar que ocupa?(con respecto a los hermanos: 1º, 2º, etc):.....  
Situación Familiar Actual:

.....  
.....  
Hermanos / Medio hermanos / Hermanastros (consigne nombre y edad y aclare vínculo)

.....  
.....

**ANTECEDENTES DE SALUD**

**EMBARAZO:** ¿Tuvo inconvenientes? **SI** ¿cuál?.....**NO**

**NACIMIENTO** (marque con un círculo)

Normal                      Prematuro                      Cesárea

En caso de ser prematuro o cesárea, explique.....  
.....

Peso al Nacer:..... se sentó a los..... caminó a los..... primeras palabras?.....

**HÁBITOS**

Uso de chupete	SI	¿hasta cuándo?.....	NO
Uso de mamadera	SI	¿hasta cuándo?.....	NO
Lactancia materna	SI	¿hasta cuándo?.....	NO

Se llevó el dedo a la boca (succión del dedo pulgar).....

¿Con quién duerme? .....

¿Dejó **completamente** los pañales (control de esfínteres)? SI..... ¿A qué edad?..... NO.....

**ENFERMEDADES** (subraye las enfermedades que tuvo el/la niño/a)

Eruptivas – Neurológicas – Resfríos – Anginas – Asma – Otitis – Traumatismos (golpes) – Alergias  
Patologías: Auditivas – Visuales - Motrices – Alimenticias - Otras (especifique)

.....  
.....  
¿Accidentes / Golpes u operaciones significativas? .....

**¿Está en tratamiento?:** Marque con una cruz lo que corresponde:

Psicológico ..... Fonoaudiológico ..... Psicopedagógico .....  
Neurológico ..... Oftalmológico .....

¿ Por qué motivo / derivado por quién?

.....  
.....  
.....

**CONDUCTA EMOCIONAL - SOCIAL**

1. ¿En alguno momento de la vida de su hijo, pudo observar algún cambio en su hijo/a a nivel social y/o vincular tanto con adultos como con pares? Describa.

.....  
.....

2. ¿Cómo se manejó el niño en su escolaridad? Describa el rendimiento académico

.....  
.....

3. ¿Pudo observar si el niño presentó cambios en su desempeño académico, en algún momento de su trayectoria escolar? Describa.

.....

4. ¿Pudo observar si presentó pérdida de intereses y/o motivación, desgano, apatía, entre otros? Describa.....

.....

5. ¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo el niño?

.....  
.....

6. ¿El niño, en alguno momento de su vida, presentó cambios a nivel de sueño, aprendizaje, conducta alimenticia, entre otros? Describa.

.....  
.....

**ANTECEDENTES ESCOLARES DEL NIÑO:**

¿De qué institución proviene?.....

Cómo describe el rendimiento académico en general de su hijo/a .....

.....

Motivo de cambio de institución:.....

Recursos tecnológicos con los que cuenta para clases virtuales .....

.....

Quién acompañó/ acompaña al niño en clases virtuales.....

**MOTIVO DE INGRESO (marque con una cruz SÓLO UNA OPCIÓN, que explique porque desea que su hijo asista al LICEO MILITAR)**

Disciplina .....

Formación, enseñanza y prestigio .....

Familia o amigo militar .....

Hnos. en el Inst. ....

Actividades deportivas .....

Cercanía al Instituto .....

Continuar estudios en el Instituto .....

Espacios verdes y recreación .....

¿Desea hacer algún comentario?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

SAN MIGUEL DE TUCUMAN, de de 20.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN  
RESPONSABLE PARENTAL 1

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN  
RESPONSABLE PARENTAL 2