



HISTORIA DE VIDA

Este documento tiene como fin conocer aspectos importantes del desarrollo de la niña y el niño. La información obtenida es confidencial y para uso exclusivo del Centro Educativo.

1. Identificación de la niña ___ el niño ___ Fecha de la Entrevista _____

_____	_____	_____
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
_____		_____
Como le llaman en Casa		Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
Nacionalidad	Teléfono de la casa	Teléfonos para comunicarse en caso de Emergencia.

Dirección exacta del lugar de residencia _____

La Familia

_____	_____	_____
Nombre Completo de la Madre	Edad	Ocupación
_____	_____	_____
Nombre Completo del Padre	Edad	Ocupación
_____	_____	_____
Persona Encargada	Edad	Ocupación

Nombre y Edad de Hermanos o Hermanas		
_____	_____	_____
Otros Miembros Familiares que Viven en la casa	Edad	Parentesco

Antecedentes Familiares

Marque con X lo pertinente:

Paterno

Materno

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| - En la familia hay o hubo enfermos mentales: | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Hay o hubo en la familia problemas visuales: | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Hay o hubo en la familia problemas auditivos: | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Hay o hubo familiares alcohólicos: | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Hay o hubo en la familia enfermedades venéreas | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Existen problemas familiares en el hogar: | Si__ No__ | Si__ No__ |
| - Los familiares cercanos en el hogar tardaron en comenzar a hablar: | Si__ No__ | Si__ No__ |

Embarazo, Parto y Posparto

Padeció la madre algún accidente durante el embarazo.

NO _____ SI _____

Explique _____

Embarazo # _____

La Madre Padeció durante el embarazo de:

- Hemorrágicas _____ ¿En qué mes? _____
- Convulsiones _____ ¿En qué mes? _____
- Rubéola _____ ¿En qué mes? _____
- Accidentes, ¿cuál? _____
- ¿Sufrió algún susto o disgusto? _____ ¿En que mes? _____
- ¿Dónde se llevó a cabo el parto? _____
- ¿Es prematuro? _____
- Lloró enseguida al nacer: _____
- Nació morado _____
- Peso al nacer _____
- Talla al nacer: _____
- Lactancia materna: _____
- Destete: _____
- Agpar: _____

Desarrollo del niño o niña

Ha padecido o padece

	SI	NO	A qué edad	Nº de veces
Meningitis	_____	_____	_____	_____
Supuraciones de oído	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____
Sinusitis	_____	_____	_____	_____
Inflamación de Amígdalas	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____
Fiebre de más de 40º	_____	_____	_____	_____
Alergias	_____	_____	_____	_____

El niño o la niña ha estado hospitalizado: No _____ Si _____ -

¿Cuántas veces? _____ ¿ Por qué? _____

El niño o la niña tuvo dificultades para mamar (succionar)

Si _____ No _____ Hasta que edad mamó _____

Desarrollo del Lenguaje

El niño (a) balbuceó durante los primeros meses: (2 meses) _____

¿A qué edad comenzó las primeras palabras: _____

¿A qué edad inició las primeras frases (1 o 2 años) _____

¿Hasta qué edad habló con defectos de pronunciación (4 años): _____

Características del Lenguaje

Conversador (a): _____ Callado (a): _____

Dificultades de comunicarse: _____

Percepción de Personalidad

Tiene sueño tranquilo _____ Es cariñoso _____ Es tímido _____

Es nervioso _____ Es peleador _____ Es miedoso _____

Prefiere jugar sólo _____ Prefiere jugar en grupo _____

Tiende a usar la mano izquierda _____ Tiende a usar la mano derecha _____

Es activo _____ Pasivo _____ Independiente _____

Dependiente _____ Su atención es dispersa _____

Es alegre _____ Es triste _____

Manifiesta temor a:

Ruidos _____ Oscuridad _____ Animales _____ Alturas _____

Soledad _____ Personas _____ Otras _____

En caso de tener otros familiares viviendo en casa, Que Influencia ejercen estos sobre el niño(a):

¿Es testigo de discusiones? _____

¿Preguntó "Cómo venimos al mundo"? _____

¿Qué se le contestó? _____

¿Qué otros temas trataron con el niño (la muerte, el sexo, etc)?

¿Qué actitudes toman los padres ante las travesuras?

¿Le han comparado con otros niños?

¿Le han estimulado?

¿Le han recompensado?

¿Ha recibido alguna formación o educación especial: música- natación- dibujo?

¿Dónde y por qué lo ha hecho?

¿Qué clase de música suele escuchar en la casa?

¿Ejecuta algún instrumento?

¿Está algún familiar relacionado con el arte?

¿Participa actualmente en alguna actividad musical o artística?

¿En caso de algún comportamiento del niño (a) que esté fuera de las reglas establecidas por los padres de familia, encargados (as) o la familia, cuál es la reacción del adulto encargado (a)? Se castiga: ____ Se le pide que se mantenga solo (a) por un tiempo: _____

Otros: _____

¿Quién tiene mayor autoridad en la casa?: Padre: _____ Madre: _____

Ambos: _____ Otros: _____

Respecto a la Salud

¿Qué enfermedades padeció? _____

¿Padece de alguna afección que requiera especial atención?

¿Qué vacunas recibió? _____

(Control de vacunas al día fotocopiado anexo)

¿Se le ha prescrito algún medicamento que deba dársele durante su permanencia en el jardín?

Opinión de los padres acerca de la salud del niño/a: _____

Operaciones: _____

Accidentes: _____

¿Su nacimiento se llevó a término (prematuro- con cesárea- con fórceps)?

Respecto a los Hábitos de Higiene

¿Es independiente en su aseo? _____ ¿Se lava las manos solo (a)? _____

¿Los dientes? _____ ¿Se peina? _____

¿Se viste solo (a) (pide ayuda o trata de hacerlo solo (a))? _____

¿Se calza los zapatos? _____ ¿Sabe hacerse el lazo? _____

¿Cómo se expresa para indicar que desea ir al baño? _____

¿A qué hora se acuesta? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

¿Duerme en habitación sola o compartida? _____

¿Suele dormir fuera de casa? _____

¿Tiene pesadillas? _____ ¿Se moja en la cama? _____

¿Usa chupete? ¿Cuándo? _____ ¿Se enrosca el pelo? _____

¿Es sonámbulo (a)? _____ ¿Habla dormido (a)? _____

¿Se chupa el dedo? _____

¿Necesita algún elemento especial para dormirse (luz- un juguete)?

¿Le cantan? ¿Le cuentan un cuento? ¿Quién lo hace? _____

¿Está habituado (a) a hacer siesta? _____

¿Cómo se despierta (malhumorado- alegre)? _____

Respecto a sus Hábitos de Alimentación

¿Realiza sus comidas en familia (desayuno- almuerzo- cena)?

¿Come solo? _____

¿Le ayudan? ¿Quién lo hace generalmente? _____

¿Qué utensilios utiliza? _____

¿Cómo es su apetito? _____

¿Come fuera de hora? _____

¿Qué alimentos prefiere? _____

¿Cuáles rechaza? _____

Alimentos prohibidos por prescripción médica: _____

¿En el proceso de la alimentación es: lento (a)- rápido (a)- mastica bien- regurgita?

¿Manifiesta aversión hacia algún alimento en especial? _____

¿Cómo manifiesta esta aversión? _____

¿Le resuelven la situación insistiéndole- retirándole el plato- castigándole?

Respecto a las Actividades que Realiza

Su hijo o hija prefiere jugar: muñecas- pelota- revólver- triciclo- juguetes mecánicos- fósforos- pinturas- plastilina- elementos para construcciones:

¿Ordena los juguetes? _____

¿Prefiere dramatizar? ¿Qué personajes elije? _____

¿Le leen cuentos? ¿Revistas? ¿Qué tipo de literatura?

¿Van al cine a menudo? _____

¿Al teatro para niños (as)? _____

¿Cuántas horas ve televisión? _____ ¿Qué tipo de programas ve?

¿Utiliza el internet? ¿Qué programas utiliza?

¿Gusta de las fiestas infantiles? _____

¿Con quién juega generalmente: Con su hermano- hermana- su amigo- vecino- solo (a)? _____

De su misma edad: _____ Mayores: _____ Menores: _____ de todo: _____

Del mismo sexo: _____ Contrario: _____ Ambos sexo: _____

¿Qué actitud asume en el juego? _____



Respecto a su Expresión Oral

¿Se expresa pronunciando correctamente- con monosílabos- con oraciones- hablando a gritos?

¿Es cariñoso (a)? _____ Comentario: _____

¿Es tímido (a)? _____ Comentario: _____

¿Es nervioso (a)? _____ Comentario: _____

El niño (a) necesita especialmente aprender a: _____

Me gustaría que la guía o docente supiera también que: _____

Respecto a Habilidades Especiales

¿Qué habilidades demuestra? _____

Nombre y firma de quien entrevista: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

Nombre y firma de la directora del centro educativo: _____

Sello de la institución _____

Autoriza que su hijo o hija le tomen fotografías para fines educativos simbólicos para su respectiva familia

Firma del encargado del niño (a):

_____ Adjuntar a este expediente: Copia Tarjeta Vacunas, Constancia de Nacimiento o Pasaporte, 2 Fotos tamaño pasaporte



Actualización del Expediente Historia de Vida

Fecha de actualización del Expediente: _____

Grado anterior cursado: _____

Este documento tiene como fin conocer aspectos importantes del desarrollo de la niña y el niño. La información obtenida es confidencial y para uso exclusivo De Dolphins Academy School.

Actualización de Datos por paso de Año:

Del Aprendizaje _____

Salud: _____

Familiar: _____

Firma del Padre o Encargado: _____

Fecha: _____ Docente: _____