



**INDICACIONES:** FAVOR DE LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS. LA INFORMACIÓN MANIFESTADA ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL, PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO ORIENTE DE PUEBLA, A.C.

**Acepto que la información que proporciono es verídica. En caso de existir alteración u omisión de la información solicitada, asumo que mi hijo (a) perderá los beneficios que la Institución pueda otorgar durante el Proceso o en caso de ser admitido.**

**Sabiendo que el cupo es limitado, acepto desde ahora la decisión del Comité de Admisiones, respecto al ingreso o no de mi hijo(a).**

**VIGENCIA: ESTE DOCUMENTO TENDRÁ VALIDEZ PARA EL PROCESO DE ADMISIÓN 2018-2019**

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REFIERE: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE RESPONDIÓ EL PRESENTE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

#### I. DATOS GENERALES:

##### A. Información sobre el alumno(a) aspirante:

Nombre completo del alumno(a): \_\_\_\_\_

##### B. Estado actual de la pareja:

Casados: por lo civil ( ) por la Iglesia ( )

Divorciados ( ) Separados ( ) Solteros ( ) Unión Libre ( ) Viudez ( )

¿Quién es el principal sostén en la familia y qué porcentaje aporta?

Padre ( ) \_\_\_% Madre ( ) \_\_\_% Otros ( ) \_\_\_% Especifique: \_\_\_\_\_

Persona que se encarga de ir a las juntas, citas y entrega de calificaciones del alumno(a): \_\_\_\_\_

Nombre(s) de quien(es) tiene(n) la patria potestad del alumno(a): \_\_\_\_\_

**Nota:** Si el estado civil de los Padres es "divorciados", favor de entregar el día de la entrevista con el personal designado una copia de la sentencia o trámite de divorcio y la copia de la custodia del/los menor(es). En caso de separación, una carta dirigida al Comité de Admisión donde manifieste quién se hace responsable del menor.

##### C. Entorno familiar.

Personas con quienes vive el joven (a): Padre ( ) Madre ( ) Ambos ( )

Hermanos ( ) Tío(s) ( ) Abuelo(s) ( ) Primos ( ) Otros ( ) Quienes \_\_\_\_\_

Total de personas que viven con él o ella: \_\_\_\_\_ ¿Qué número de hijo ocupa?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana su hijo convive con papá? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas a la semana convive con mamá? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas a la semana esta toda la familia reunida y que actividades realizan? \_\_\_\_\_

¿Hay un área destinada para estudio y/o tareas?, especificar: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de responsabilidades tiene su hijo en casa?: \_\_\_\_\_

**D. Tiempo libre.**

¿Con quién pasa su hijo la mayor parte de su tiempo?: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades le gustan?: \_\_\_\_\_

En caso de realizar alguna actividad deportiva, favor de especificar actividad \_\_\_\_\_ y tiempo que le dedica a dicha actividad \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día dedica su hijo en el uso del Internet para actividades de esparcimiento? \_\_\_\_\_

Mencione las páginas de internet en las que navega su hijo \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las redes sociales que tiene su hijo y cuánto tiempo ocupa en revisarlas? \_\_\_\_\_

Usted como padre de familia ¿tiene acceso a las redes sociales de su hijo? Sí ( ) NO ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Hasta qué hora en la noche tiene permitido su hijo el uso del celular? \_\_\_\_\_

¿Conoce sobre el sexting, pack y cutting? Sí ( ) NO ( )

¿Ha dialogado con su hijo sobre esos temas? Sí ( ) NO ( )

¿Con qué frecuencia a la semana sale su hijo a fiestas? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo límite de llegada a casa? \_\_\_\_\_

**E. Otros aspectos.**

¿Existe alguna particularidad de salud en su hijo(a) que deba conocer la Institución? Sí ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Marque aquellos aspectos que tengan relación con su hijo en caso de haber sido diagnosticado y/o haber tenido tratamiento:

Dislexia (alteración en la capacidad de leer o confusión de palabras) \_\_\_\_\_

Agnosia (dificultad para dificultar la información que llega a través de la vista) \_\_\_\_\_

Dislalia ( dificultad para articular palabras) \_\_\_\_\_

Disfasia (dificultad para coordinar las palabras)

Afasia (dificultad para comunicarse mediante el habla, escritura o mímica) \_\_\_\_\_

Digrafía (dificultad para escribir) \_\_\_\_\_

Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad \_\_\_\_\_

**NOTA: Esta información es sólo para conocimiento del colegio, el seguimiento terapéutico corresponderá a los padres.**

Marque con una X en caso de haber asistido a psicoterapia individual \_\_\_\_\_ psicoterapia familiar \_\_\_\_\_ y especifique el motivo de consulta \_\_\_\_\_ Si requirió medicamento como parte del tratamiento, especifique cuál \_\_\_\_\_

¿Ha estado anteriormente bajo la atención de algún especialista? Sí ( ) No ( ) Especialidad: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿El aspirante necesita actualmente estar bajo la atención especializada de un cardiólogo, psicólogo, endocrinólogo, neurólogo, o algún otro profesional de salud? Sí ( ) No ( ) Especialidad: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

En caso de haber requerido de hospitalizaciones y/u operaciones favor de especificar: \_\_\_\_\_

**POR SU ATENTA COOPERACIÓN**

**MUCHAS GRACIAS.**

**VIGENCIA: ESTE DOCUMENTO TENDRÁ VALIDEZ PARA EL PROCESO DE ADMISIÓN 2018-2019**