



Porque nuestro deseo es cuidarte bien, queremos saber de ti

Admisiones

**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 y los Padres de Familia:**

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

Nombre del **PADRE:** \_\_\_\_\_

Vive: Sí ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ No. de hijos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empresa en la que trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto/función que desempeña: \_\_\_\_\_

Días que labora: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Es ex alumno: Sí ( ) No ( ) Generación: \_\_\_\_\_

Nombre de la **MADRE:** \_\_\_\_\_

Vive: Sí ( ) No ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ No. de hijos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empresa en la que trabaja: \_\_\_\_\_  
Puesto/función que desempeña: \_\_\_\_\_  
Días que labora: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Es ex alumna: Sí ( ) No ( ) Generación: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

Días y horas en los que convive el alumno(a) con su papá: \_\_\_\_\_

Días y horas en los que convive el alumno(a) con su mamá: \_\_\_\_\_

**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.**

**Entorno familiar.**

Personas con quienes vive el niño(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 qué actividades realizan? \_\_\_\_\_ ¿Hay un área destinada para

estudio y/o tareas?, especificar: \_\_\_\_\_

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

**C. Persona responsable del cuidado diario del alumno(a): (en caso de ser alguno de los padres no es necesario repetir los datos, ÚNICAMENTE EL NOMBRE).** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Motivo por el que se hace responsable: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**D. Tiempo libre.**

¿Quién se hizo cargo del niño(a) al nacer?: \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

¿Qué programas de televisión ve y cuánto tiempo dedica?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día dedica su hijo al uso de videojuegos o actividades de esparcimiento?: \_\_\_\_\_

Su hijo navega en el internet? Sí ( ) NO ( ) ¿Qué paginas visita? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas al día dedica al uso

del internet? \_\_\_\_\_ ¿Su hijo tiene redes sociales? \_\_\_\_\_ ¿Usted como padre de familia

tiene acceso a estas? Sí ( ) NO ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_ marque los dispositivos que tiene

su hijo: Celular ( ) Tablet ( ) PCP ( ) Nintendo Switch ( ) Ipod ( ) Smartwatch o reloj inteligente ( ) ¿En qué

circunstancias se le permite usarlo? \_\_\_\_\_

¿Se hace uso de consecuencias en la formación del/la niño(a)? Sí ( ) No ( ) ¿De qué tipo?: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades lúdicas realiza por la tarde? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de juegos le gustan?: \_\_\_\_\_

¿Es capaz de ordenar sus juguetes?: \_\_\_\_\_

En caso de que su hijo tenga alguna mascota, ¿cómo es su interacción con ella?: \_\_\_\_\_

**E. Responda al siguiente cuestionario lo más apegado a su forma de ser.**

En el diálogo de pareja ¿Cuáles son los temas que aborda? \_\_\_\_\_

¿Qué temas considera importantes para platicar con su hijo y por qué? \_\_\_\_\_

¿De qué manera se involucra con el desarrollo académico de su hijo? \_\_\_\_\_

**II. DATOS CLÍNICOS GENERALES DEL ALUMNO(A):**

Enfermedades relevantes que el aspirante ha padecido: \_\_\_\_\_

Presenta alguna malformación: Sí ( ) No ( ) ¿De qué tipo?: \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún aparato o prótesis? Sí ( ) No ( ) ¿De qué tipo?: \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

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

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

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

Disfasia (dificultad para coordinar las palabras)

Disgrafía (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: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

¿Existe alguna particularidad de salud en su hijo(a) que deba conocer la Institución?

Sí ( ) \_\_\_\_\_

No ( )

#### **A. Antecedentes prenatales y postnatales.**

El embarazo fue: Normal ( ) Con dificultades ( )

En caso de problemas especifique cuáles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El parto fue: Vía natural ( ) Vía Cesárea ( )

El parto fue: A término ( ) Prematuro ( ) Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

En caso de complicaciones especifique cuáles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **B. Desarrollo corporal, motriz y del lenguaje.**

Lateralidad: Diestro ( ) Zurdo ( ) Ambidiestro ( )

¿Sabe comer sin ayuda?: Sí ( ) No ( )

¿Sabe vestirse sin ayuda?: Sí ( ) No ( )

¿Ayuda en tareas domésticas? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Puede saltar en: un pie ( )                      ambos pies ( )                      alterna ( )

Estado físico al nacer: Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Estado físico actual: Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿A qué edad controló esfínteres?: (Años con meses)

Diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_

Describe brevemente cómo es el proceso de lenguaje en su hijo(a): \_\_\_\_\_

En caso de tener dificultad para pronunciar letras, especifique cuáles son: \_\_\_\_\_

Argumente cómo se lleva a cabo la comunicación entre usted y su hijo(a): \_\_\_\_\_

Postura corporal de su hijo (a): Adecuada ( )    Inadecuada ( )

¿Cuáles han sido las reacciones de su hijo(a) ante su crecimiento? \_\_\_\_\_

Describe ¿cómo se percibe su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Dentro de los hábitos alimenticios de su hijo (a) ¿que consume con mayor frecuencia?

Desayuno: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

**POR SU ATENTA COOPERACIÓN**  
**MUCHAS GRACIAS.**

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