



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); teniendo en claro que todos los datos y resultados del proceso de admisión son confidenciales y para uso exclusivo del comité.

**VIGENCIA: ESTE DOCUMENTO TENDRÁ VALIDEZ PARA EL PROCESO DE ADMISIÓN 2019-2020**

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AAAA  
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico:

Opción 1: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Opción 2: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico:  
Opción 1: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Opción 2: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
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 los papás:

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.**

### C. 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 que actividades realizan? \_\_\_\_\_

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

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

**D. 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: \_\_\_\_\_

**E. Tiempo libre.**

¿Quién se hizo cargo del niño(a) al nacer?: \_\_\_\_\_  
¿Con quién pasa su hijo la mayor parte del tiempo?: \_\_\_\_\_  
¿Qué actividades le gustan?: \_\_\_\_\_  
En caso de realizar alguna actividad deportiva, favor de especificar cuál \_\_\_\_\_ y tiempo que le dedica a dicha actividad \_\_\_\_\_  
¿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 dedica al uso del internet? \_\_\_\_\_  
¿Su hijo tiene redes sociales? Sí ( ) NO ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Usted como padre de familia tiene acceso a las redes de su hijo? Sí ( ) NO ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
Marque los dispositivos que tiene su hijo: Celular ( ) Tablet ( ) PCP ( ) Nintendo Switch ( )  
¿En qué circunstancias le permite Usted 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?: \_\_\_\_\_

**F. 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)      | _____ Agnosia (dificultad para identificar la información que llega a través de la vista) |
| _____ Dislalia (dificultad para articular palabras)                              | _____ Digráfía (dificultad para escribir)   |
| _____ Afasia (dificultad para comunicarse mediante el habla, escritura o mímica) | _____ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad                                |
| _____ Disfasia (dificultad para coordinar las palabras)                          | _____ Otro _____  |

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

Mencione 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 ( ) Especifique \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Describa 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? \_\_\_\_\_

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

Dentro de los hábitos alimenticios de su hijo (a) ¿cuáles de las siguientes comidas realiza? (especifique los alimentos que consume con mayor frecuencia)

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

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

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

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

**VIGENCIA: ESTE DOCUMENTO TENDRÁ VALIDEZ PARA EL PROCESO DE ADMISIÓN 2019-2020**