



Datos Generales del Alumno Aspirante

Sección: Secundaria

Clave: DGADSEC

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. 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 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. 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? _____

Menciona las páginas de internet en la que navega su hijo _____

¿Cuáles son las redes sociales que tiene su hijo y cuánto tiempo ocupa en ellas? _____

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

¿Por qué? _____

¿Su hijo utiliza dispositivos móviles por la noche? Sí () NO () ¿Y hasta que hora? _____

¿Ha escuchado sobre el sexting, pack y cutting? Sí () NO () ¿Ha dialogado con su hijo sobre esos temas? Sí () NO ()

II. DATOS CLÍNICOS GENERALES DEL ALUMNO(A):

¿Tuvo alguna dificultad al nacer? _____

Enfermedades relevantes que el aspirante ha padecido: _____

Presenta alguna malformación aparente: 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 procesar 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) _____

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: _____

¿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