



## 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.

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:

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

#### B. Estado actual de los padres:

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 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 \_\_\_\_\_

¿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 ( ) ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿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)

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

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

\_\_\_\_\_ Disfasia (dificultad para coordinar las palabras)

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

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

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

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**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 2019-2020**