

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL

FICHA PSICOLOGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ CURSO / GRADO : _____

DIRECCIÓN DOMICILIARIA: _____

SECTOR: _____ TELF: _____

REPRESENTANTE: _____ TELF: _____

B. DATOS FAMILIARES:

VIVE CON:

PADRE () PADRASTRO () MADRE () MADRASTRA ()

HERMANOS/AS () HERMANASTROS/AS () TÍOS/AS () ABUELOS ()

OTROS: _____

DATOS DEL PADRE:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ PROFESION: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELF: _____

CELULAR: _____ HORA DE LLEGADA A CASA: _____

DATOS DE LA MADRE:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ PROFESION: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELF: _____

CELULAR: _____ HORA DE LLEGADA A CASA: _____

DATOS DE HERMANOS:

NÚMERO DE HERMANOS: _____ LUGAR QUE OCUPA: _____

NOMBRE PRIMERO: _____ EDAD: _____

NOMBRE SEGUNDO: _____ EDAD: _____

NOMBRE TERCERO: _____ EDAD: _____

NOMBRE CUARTO: _____ EDAD: _____

DATOS FAMILIARES EXTRAS (Familia ampliada)

C. DATOS DE INGRESO:

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN: _____

SECCION A LA QUE INGRESA: _____ GRADO/CURSO: _____

ASISTIO ANTERIORMENTE A OTRO CENTRO EDUCATIVO: SI ___ NO ___

TIEMPO DE ASISTENCIA AL ANTERIOR CENTRO EDUCATIVO: _____

MOTIVO DEL CAMBIO: _____

D. DESARROLLO DEL/LA ESTUDIANTE:

PERIODO PRENATAL.

TIPO DE EMBARAZO:

EMBARAZO NORMAL: _____ EMBARAZO COMPLICADO: _____ CAUSAS: _____

PERIODO PERINATAL.

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

PARTO VAGINAL: _____ CESAREA: _____ INDUCIDO: _____ CAUSAS: _____

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ ATENDIDO POR MÉDICO: SI () NO ()

PERIODO POSTNATAL.

PESO: _____ TALLA: _____ APGAR: _____

LACTANCIA MATERNA: SI: ___ NO: ___ HASTA QUE EDAD: _____

COMPLEMENTARIA: SI: ___ NO: ___ DESDE QUE EDAD: _____

CÓMO REACCIONO EL/LA NIÑO/A FRENTE AL DESTETE: _____

SALUD:

CONTROL MÉDICO: ANUAL: _____ TRIMESTRAL: _____ SOLO SI SE ENFERMA: _____

PRESENTA ALERGIAS A:

MEDICAMENTOS: _____ CUALES: _____

ALIMENTOS: _____ CUALES: _____

CONDICIONES CLIMATICAS: ___ CUALES: _____

OTROS: _____ CUALES: _____

ENFERMEDADES GRAVES	SI	NO
HORMONALES		
INFECCIOSAS		
BRONCOPULMONARES		
RENALES		
HEPATICAS		
PROBLEMAS SENSORIALES:		
VISUALES		
AUDITIVAS		
NEUROLOGICAS:		
CONVULSIONES		
MENINGITIS		
TRAUMATISMOS		

OTRAS: _____

RASGOS EMOCIONALES:

EMOCIONAL			SOCIAL		
	SI	NO		SI	NO
Es tranquilo			Se integra fácilmente		
Seguro de si mismo			Se aísla		
Irritable			Tímido		
Inquieto			Expresivo		
Dominante			Egoísta		
Inseguro			Grosero		
Alegre			Respetuoso		
Triste			Bondadoso		
Depresivo			Delicado		
Agresivo			Líder		
			Desobediente		

E. PSICOMOTRICIDAD:

EL/LA ESTUDIANTE ES: ZURDO: _____ DIESTRO: _____ AMBIDIESTRO: _____

EL/LA ESTUDIANTE HA PRESENTADO ALGUNA DIFICULTAD EN RELACION A SU PSICOMOTRICIDAD:

SI ___ NO ___ CUAL _____

HAN CONSULTADO ALGUN TIPO DE AYUDA ESPECIALIZADA:

SI ___ NO ___ CUAL _____

QUE TIPO DE AYUDA HA OFRECIDO LA FAMILIA PARA SUPERAR LA DIFICULTAD:

F. LENGUAJE:

LENGUA MATERNA: _____

EL/LA ESTUDIANTE HA PRESENTADO ALGUNA DIFICULTAD EN RELACION A SU LENGUAJE:

SI ___ NO ___ CUAL _____

HAN CONSULTADO ALGUN TIPO DE AYUDA ESPECIALIZADA:

SI ___ NO ___ CUAL _____

QUE TIPO DE AYUDA HA OFRECIDO LA FAMILIA PARA SUPERAR LA DIFICULTAD:

G. ALIMENTACION:

RECIBE LOS ALIMENTOS CON AGRADO: SI: ____ NO: ____

RECHAZO DE ALGUN ALIMENTO EN ESPECIAL: _____

CUANTAS COMIDAS TOMA AL DIA: ____ DESCRIBA: _____

HABITOS ALIMENTICIOS		
	SI	NO
BUEN APETITO		
NO TIENE APETITO		
COME MUCHO		
COMO SOLO		
NECESITA AYUDA PARA COMER		
ES INQUIETO/A:		
SE DEMORA DEMASIADO		
MANTIENE UN PESO ACORDE CON SU EDAD		

H. SUEÑO.

CUANTAS HORAS DIARIAS DUERME: _____

CON QUIÉN DUERME: _____

TIENE HABITACIÓN PROPIA: SI () NO () CON QUIÉN COMPARTE SU HABITACIÓN: _____

SU SUEÑO ES: TRANQUILO: ____ INTRANQUILO: ____

PRESENTA: INSOMNIO: ____ PESADILLAS: ____ TEMORES NOCTURNOS: ____

HIPERSOMNIA O SUEÑO EXCESIVO: ____ SONAMBULISMO: ____ OTROS: _____

I. CUIDADO PERSONAL:

EL/LA ESTUDIANTE PRESENTA:

RECHAZO AL ASEO: SI ____ NO ____ POSIBLE CAUSA _____

ASEO EXAGERADO: SI ____ NO ____ POSIBLE CAUSA _____

DESCUIDO EN LA APARIENCIA PERSONAL:

SI ____ NO ____ POSIBLE CAUSA _____

EXAGERADO CUIDADO DE SU APARIENCIA PERSONAL:

SI ____ NO ____ POSIBLE CAUSA: _____

J. JUEGOS:

COMO PARTICIPA EL/LA ESTUDIANTE EN LOS JUEGOS		
	SI	NO
LIDER		
PASIVO		
INDIFERENTE		
SOLIDARIO		
PARTICIPATIVO		
SE AISLA		

JUEGA: SOLO: ____ CON HERMANOS: ____ CON FAMILIARES: ____

K. ASPECTO SEXUAL.

CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTOS DEL/LA ESTUDIANTE QUE HAN SIDO MOTIVO DE PREOCUPACION FAMILIAR:

L. COMPORTAMIENTOS QUE CARACTERIZAN LAS RELACIONES DEL CENTRO EDUCATIVO.

RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS/AS _____

RELACIONES CON LOS/LAS PROFESORES/RAS _____

M. HISTORIAL EDUCATIVO

GUARDERÍA: _____ ADAPTACIÓN _____ RENDIMIENTO _____

PRE BÁSICA: _____ ADAPTACIÓN _____ RENDIMIENTO _____
E.G.B. 1ERO-7MO: _____ ADAPTACIÓN _____ RENDIMIENTO _____

E.G.B. 8AVO-10MO _____ ADAPTACIÓN _____ RENDIMIENTO _____

BACHILLERATO _____ ADAPTACIÓN _____ RENDIMIENTO _____

HORAS DEDICADAS AL ESTUDIO EN CASA: _____ QUIEN SUPERVISA _____

LUGAR DE ESTUDIO: _____ HÁBITOS DE ESTUDIO: _____

MOTIVACIÓN AL ESTUDIO: _____

RESPONSABILIDAD CON LAS TAREAS: _____

MATERIAS QUE LE GENERAN DIFICULTADES: _____

CAUSAS: _____

SOLUCIONES QUE HA BUSCADO LA FAMILIA: _____

DEPORTE QUE PRACTICA: _____ TIEMPO QUE LE DEDICA: _____

ACTIVIDADES RECREATIVAS: _____ PASATIEMPOS: _____

OBLIGACIONES FAMILIARES QUE CUMPLE EL/LA ESTUDIANTE: _____

N. EL/LA ESTUDIANTE HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE TERAPIA. ESPECIFIQUE LAS RAZONES:

O. SI USTED DESEA COLOCAR ALGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE, ESPECIFIQUELA DETALLADAMENTE:

NOMBRE DE LA PSICOLOGA RESPONSABLE: _____

FIRMA DE LA PSICOLOGA

FIRMA DE LOS PADRES O RESPONSABLES