



Ficha de Ingreso

Matrícula N°: _____ Período: 2024-2025

Mi Hermosa Foto

Datos personales: completar información como consta en la cédula

Apellidos y Nombres del Niño/a:	#Cédula
Cómo le llaman en su Familia:	
LUGAR y Fecha de Nacimiento:	Tipo de Sangre:
Dirección Domicilio:	
Teléfonos :	

Datos familiares:

PADRE:	
Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	Cl:
MADRE:	
Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	Cl:
HERMANOS:	
Nº total de hermanos/as:	Lugar que ocupa:

Tiene celos?

Relaciones:

¿Vive con el padre y con la madre?	¿Vive con el padre?	¿Vive con la madre?
¿Quién le cuida habitualmente?		
Otros familiares que conviven en la casa:		
¿Con quién se relaciona mejor?		
¿Se relaciona con otros niños y niñas?		
¿Muestra buena disposición para ampliar su círculo de relaciones?		

Escolarización:

¿Es la primera vez que acude a un centro infantil?	¿Desde qué edad?
Nombre del centro:	¿Se adaptó bien?
Hasta qué edad de su hijo/a piensa tenerlo en el centro infantil?	
Consideraría nuestra propuesta educativa para continuar con la Básica?	

Datos físicos:

Estatura:	Peso:
Estado de salud:	¿Ha padecido enfermedades?
¿Ha sufrido de algún accidentes grave o fracturas? b	
¿Desea hacer algún comentario sobre la salud de su hijo/a?	

Movimiento:

¿A qué edad comenzó a gatear?	¿A qué edad comenzó a caminar?
¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?	
Describalo:	

Lenguaje:

¿Cuándo comenzó a hablar?	¿Se entienden sus expresiones?
¿Utiliza mucho el gesto?	¿Tiene algún problema en la expresión oral?
Describalo:	

Control de esfínteres:

¿Controla esfínteres?	¿Desde cuándo?
¿Lo pide o hay que recordárselo?	

Sueño:

Duerme solo /a o acompañado/a:	
¿Qué horario tiene de levantarse en la mañana?	¿A qué hora en la noche duerme?
¿Cuántas horas duerme por la noche?	¿Necesita algún estímulo?
Tiene rutinas de sueño? Mencionalas	
¿Se despierta por la noche?	¿Tiene miedo?

Alimentación:

¿Cuántas comidas tiene al día?	¿Desayuna bien antes de venir al centro?
¿Es alérgico/a a algún alimento?	¿Cuáles?
¿Qué alimentos no come?	
¿Qué alimentos ingiere?	

¿Cómo es la manera en que come?

Higiene:

¿Se baña o ducha todos los días?	¿Quién se ocupa de ello en casa?
¿Tiene alergia a algún producto higiénico?	
¿Ya tiene hábitos de aseo de dientes?	¿cuántas veces?

Autonomía:

Describe lo que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda en lo referente a higiene, alimentación y vestido.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datos emocionales:

Inquieto/a:	Tranquilo/a:	Caprichoso/a:	Agresivo/a:
¿Suele tener rabietas?			
¿Tiene tendencia a estar solo/a?			
¿Le gusta jugar acompañado/a?			
¿Es dependiente o independiente?			

Datos de Importancia sobre alguna dificultad o necesidad educativa

Presenta algún diagnóstico psicológico o clínico?	
Desde que edad fue diagnosticado/a?	
Se encuentra en tratamiento o terapias?	¿Describa cuáles?
¿Qué recomendaciones deben ser tomadas para la inclusión de su niño/a al centro?	
.....	
.....	
.....	
.....	

Datos de terceras personas en caso de emergencia:

Posee seguro médico/qué seguro?

A qué clínica u hospital tiene cobertura en caso de emergencia

1. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
3. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
4. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

Personas autorizadas a retirar al Niño/a:

1. Nombre:	Parentesco:
2. Nombre:	Parentesco:
3. Nombre:	Parentesco:
4. Nombre:	Parentesco:
5. Nombre:	Parentesco:

FECHA DE INGRESO:		FECHA DE SALIDA:	
JORNADA:	Medio tiempo:	Tiempo completo:	Jornada Especial:

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN CASO FIEBRE, U OTROS	Nombre medicina	Cantidad	Horarios

DATOS PARA FACTURACIÓN

¿Requiere emisión de Factura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nombres:	Apellidos:	
No. Cédula o RUC		
Dirección:	Correo:	

Nombre del Representante

FIRMA DEL REPRESENTANTE