



ENTREVISTA DE ADMISIÓN

Esta información es confidencial y solo tendrá acceso a ella los/las profesionales autorizados.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Nombre Completo: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____ Edad Cumplida: al 15 /02/20___: ___a___m
3. Nacionalidad: _____ Teléfono del Hogar: _____
4. Domicilio: _____
5. Institución anterior: _____ Nivel Anterior: _____
6. ¿Cuál es la creencia religiosa a la cual pertenece la familia? _____
7. ¿Tiene parientes en la Institución?

Nombre	Parentesco	Nivel/Grado

8. ¿Autorizan a otras personas para retirar al estudiante de la institución? Sí () No ()
9. En caso de marcar **SI** en la pregunta anterior llenar el siguiente cuadro.

Nombre de persona autorizado (a)	Parentesco	Cédula #

Nota: En la entrega de documentos, favor aportar copia de las cédulas de las personas supracitadas.

10. El estudiante convive con:
() ambos padres () solo con la madre () solo con el padre () Mamá y padrastro
() Papá y madrastra () abuelos () Otros familiares () Otro _____
11. ¿Cuáles son las razones por las que desea que su hijo (a) ingrese al Colegio Yurusti?

12. ¿Qué aspectos positivos puede el Colegio Yurusti ofrecerle a su hijo/a?

13. ¿Realiza el estudiante actividades extracurriculares? No () Sí () Especifique cuáles e indique el horario.

CUADRO FAMILIAR

MADRE

1. Nombre Completo: _____
2. Edad: _____ correo electrónico _____
3. Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Divorciado () Viudo ()
4. Vive con el/la estudiante: Sí () No ()
5. Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
6. Nivel de escolaridad: _____ Profesión: _____
7. Teléfonos trabajo _____ celular: _____ casa: _____
8. Horario de trabajo: _____
9. Conocimiento de idiomas: () Inglés () Francés () Portugués () Otro: _____

PADRE

1. Nombre Completo: _____
2. Edad: _____ correo electrónico _____
3. Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Divorciado () Viudo ()
4. Vive con el/la estudiante: Sí () No ()
5. Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
6. Nivel de escolaridad: _____ Profesión: _____
7. Teléfonos trabajo _____ celular: _____ casa: _____
8. Horario de trabajo: _____
9. Conocimiento de idiomas: () Inglés () Francés () Portugués () Otro: _____

HERMANOS

1. ¿Tiene el/la estudiante hermanos? () Sí () No
2. Indique el nombre de los hermanos y sus edades: _____
_____.

VIDA FAMILIAR

1. ¿Queda el/la estudiante al cuidado de otra persona? No () Sí ()
¿Cuánto tiempo? _____
Nombre y parentesco de la persona a cargo: _____
_____.
2. ¿Existe otro adulto, aparte de sus padres, que sea significativo para él/ella? No () Sí ()
Nombre y parentesco: _____.
3. ¿Cuánto tiempo al día comparte con su hijo/a? _____.
4. Describa cómo se relaciona su hijo/a con adultos que viven en el hogar. _____
_____.
5. Describa cómo se relaciona su hijo/a con los hermanos/as. _____
_____.
6. Describa cómo se relaciona su hijo/a con los amigos/as. _____
_____.
7. Cuando su hijo/a se enoja con cualquier persona (hermanos, amigos, familiares, desconocidos), ¿cómo interviene usted? _____

¿Qué sistema de consecuencias aplica? _____
_____.
8. ¿Se toman las decisiones familiares en conjunto? No () Sí ()
Explique: _____.
9. ¿Colabora el/la estudiante con las responsabilidades del hogar? No () Sí ()
Explique: _____.
10. ¿Se conversan diversos temas a nivel familiar? No () Sí () Indique cuáles.
_____.
11. En la familia existen integrantes que presentan las siguientes características:
() Problemas de aprendizaje () Déficit Atencional () Alcoholismo
() Trastornos psicológicos () Trastornos neurológicos

12. ¿En la familia existen integrantes que presentan alguna condición de discapacidad como las siguientes?

() Visual () Auditiva () Motora () Lenguaje () Otra. Especifique:

13. ¿Dispone usted de tiempo para jugar con su hijo/a? Sí () No ()

¿Cuánto tiempo? Mucho () Poco () Nada ()

14. ¿Qué tipo de actividades comparten con su hijo/a? _____

15. ¿Se supervisan los juegos-entretenimientos, programas de televisión y el uso de medios electrónicos de su hijo/a? Sí () No () ¿Quién los supervisa? _____

SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Marque con equis cuáles de las siguientes situaciones se han presentado o se están presentando en su hogar.

Problemas económicos Vivienda compartida Alquiler de vivienda

Desempleo Ninguna

DESARROLLO Y SALUD DE SU HIJO/A

A) Información del embarazo y del parto

1. Número de embarazo _____

2. ¿Fue un embarazo planeado? Sí () No ()

3. ¿Cómo recibieron los padres la noticia? _____.

4. ¿Fue un embarazo de algo riesgo? Sí () No ()

5. En caso que su respuesta a la pregunta anterior se SI, describa las razones _____

6. ¿Padeció la madre algún accidente durante el embarazo o el parto? Sí () No ()

7. En caso de marcar SI en la pregunta anterior, explique _____

8. ¿Ha presentado dificultades en otros embarazos? Sí () No () Explique _____

-
9. El parto fue: () Prematuro () Término () Post-término () Natural () Cesárea
10. ¿Estuvo el padre presente en el parto? Sí () No ()
11. Mencione el hospital en el cual se llevó a cabo el parto: _____.
12. ¿Tuvo su hijo/a sufrimiento fetal? Sí () No ()

B) Información post-natal:

1. Su hijo/a al nacer

Lloró	Sí ()	No ()
Nació morado	Sí ()	No ()
Cordón umbilical arrollado	Sí ()	No ()
Problemas respiratorios	Sí ()	No ()
Peso al nacer	_____ gramos	
La talla al nacer fue	_____ centímetros	
APGAR	_____	

2. ¿A qué edad su hijo/a?

Acción	Edad
a) Sostuvo la cabeza	
b) Se sentó solo/a	
c) Se puso de pie solo/a	
d) Gateó	
e) Caminó	
f) Controló esfínteres	
g) Le salieron los primeros dientes	
h) Hizo las primeras vocalizaciones	
i) Dijo las primeras frases	
j) Dijo las primeras palabras	

3. ¿Su hijo/a tuvo problemas de pronunciación? Sí () No ()
4. ¿Presentó su hijo/a alguna situación en la formación durante el embarazo o en el nacimiento que incida en el desenvolvimiento físico, mental (cognitivo) o emocional?

Sí () No () ¿Cuál? _____

C) Desarrollo primera infancia

1. ¿Controla su hijo/a esfínteres? Sí () No ()
2. ¿Tiene su hijo/a habilidad para narrar acontecimientos? Sí () No ()
3. ¿Cómo considera sus períodos de atención? Prolongados () Medios () Cortos ()
4. Su hijo/a prefiere jugar: Solo/a () En grupo ()
5. ¿Cuáles son los juegos-entretenimientos preferidos de su hijo/a? _____
6. ¿Con quién juega-comparte generalmente su hijo/a? _____
7. ¿Cuáles deportes práctica usualmente? _____
8. ¿Cuánto tiempo dedica al entrenamiento o práctica del deporte antes indicado? _____
9. ¿Utiliza su hijo/a medios electrónicos como la computadora, celular, iPod, Wii, DS, etc.?
() No () Sí. ¿Cuáles? _____
10. ¿Cuál es el que más utiliza? _____
11. ¿Cuánto tiempo dedica su hijo/a al medio electrónico que más utiliza? _____
12. ¿Cuáles programas de televisión ve su hijo/a? _____
13. Mencione otros pasatiempos, actividades artísticas o musicales de su hijo/a: _____
14. ¿Qué concepto tiene usted como madre de su hijo/a? _____
15. ¿Qué concepto tiene usted como padre de su hijo/a? _____
16. Marque con una X las características que describen a su hijo/a:

	Sí	No
Cariñoso (a)		
Tímido (a)		
Nervioso (a)		
Peleador (a)		
Temeroso (a)		
Activo (a)		
Independiente		

Dependiente		
Alegre		
Triste		
	Sí	No
Con atención dispersa		
Comunicativo (a)		
Amistoso (a)		
Obediente		

D) Historial de salud

1. ¿Ha sufrido su hijo/a algún accidente? Sí () No ()
2. Requirió su hijo/a: Revisión Médica () Hospitalización () Especifique _____

3. ¿Le dejó el accidente alguna lesión en: Cabeza () Extremidades superiores ()
Tronco () Extremidades inferiores () Otros: _____

4. ¿Ha estado su hijo/a hospitalizado? Sí () No ()
5. Si ha estado hospitalizado, indique cuántas veces _____ y el motivo por el cual ha
requerido hospitalización: _____
6. ¿Presenta su hijo/a alguna condición de discapacidad?
() Visual () Auditiva () Motora () Lenguaje () Otra. Especifique:

7. ¿Presenta el/la estudiante condición de alergia a algo en particular? Sí () No ()
8. ¿Qué le ocasiona alergia a su hijo/a?

Aspectos	No	Sí	Especifique
Alimentos			
Medicinas			
Otros			

9. ¿Tiene su hijo/a prescrito algún medicamento?, si lo tiene, indicar cuál _____

- ¿Cuántas veces al día debe tomarlo? _____

10. ¿Presentó o presenta su hijo/a situaciones de salud como las siguientes?

Padecimientos	Sí	No	¿A qué edad?	Frecuencia
Meningitis				
Supuración del oído				
Asma				
Sinusitis				
Inflamación de amígdalas				
Convulsiones				
Bronquitis				
Desnutrición				
Fiebre de más de 40°				

11. Marque con una equis (x) si su hijo/a ha tenido o no ha tenido lo siguiente

Aspectos	Sí	No
a. Control de crecimiento		
b. Control de vacunas		
c. Tratamiento buco-dental		
d. Exámenes de laboratorio		
e. Tratamiento médico		
f. Otros tratamientos		

Si indicó otros tratamientos, especifique cuáles _____

12. Marque con una X si su hijo/a a la hora de dormir presenta las siguientes características:

	Sí	No
Duerme tranquilo (a)		
Tiene problemas respiratorios		
Sufre pesadillas		
Se orina en la cama		

13. Marque con una X si su hijo/a manifiesta temor a las siguientes condiciones:

	Sí	No
Ruidos		
Oscuridad		
Animales		
Alturas		
Soledad		
Personas		

Otras situaciones en las cuales manifiesta temor: _____

14. ¿Presenta su hijo/a?

- () Déficit Atencional
- () Hiperactividad
- () Impulsividad
- () Asperger
- () Autismo
- () Otro, especifique _____
- () Ninguno de los anteriores

15. ¿Qué especialista diagnosticó a su hijo/a? Nombre: _____
Teléfono: _____

16. ¿Actualmente su hijo/a sigue algún tipo de tratamiento o proceso terapéutico?

Sí () No () Si su respuesta es Sí, indique cuál _____

HISTORIA EDUCATIVA

1. ¿Ha tenido su hijo/a problemas de lenguaje? No () Sí () indique el problema

() Pronunciación () Articulación () Tartamudeo () Otro _____

2. Ha nivel espacial su hijo/a ha presentado:

() Tropiezos con la cosas () Riega cosas () Dificultad motriz () Ninguna

3. Predominancia en lateralidad:

() Derecha () Izquierda () Ambidiestro

4. Su hijo/a oportunidad de realizar: () Manualidades () Dibujar () Armar y
desarmar cosas.

5. ¿Ha recibido su hijo/a?

() Evaluaciones Psicopedagógicas () Atención Psicológicas () Terapia de lenguaje
() Adecuación Curricular

6. ¿Se le aplican adecuaciones curriculares a su hijo/a? No () Sí ()

7. Indique y describa el tipo de adecuación curricular y los apoyos que le han brindado.

_____.

8. Ha mostrado su hijo/a dificultad en:

() El aprendizaje () El dictado () La copia () Producción textual (redacción)

() Razonamiento lógico – matemático.

() alguna materia en específico. ¿Cuál? _____

9. ¿Ha repetido algún año escolar? No () Sí () ¿Cuál(es)? _____

10. ¿Recibe o recibió su hijo/a tutorías para reforzar alguna materia? No () Sí () ¿Cuál materia? _____.

11. ¿Cuál es la asignatura o materia favorita de su hijo/a? _____

12. ¿Qué opinión tiene su hijo/a del Preescolar o de la Escuela? _____

13. ¿Qué es lo que más le gusta a su hijo/a del Preescolar o de la Escuela? _____

14. ¿Qué es lo que menos le gusta a su hijo/a del Preescolar o de la Escuela? _____

OBSERVACIONES/COMENTARIOS. Existe algún hecho o situación familiar (por ejemplo el nacimiento de hermanos, crisis familiar, divorcio, proceso de divorcio, muerte de familiares muy cercanos, viajes, crisis económica, entre otros) no incluida en este documento que usted considere importante darnos a conocer para mejorar la calidad de atención que brindaremos a su hijo/a, favor indicarlo a continuación.

Como padre, madre o encargado doy fe, que todo lo anterior es cierto y que estuve presente cuando se anotaron los datos en este documento e informé a la institución todo lo referente a aspectos académicos y emocionales de mi hijo/a. Por lo tanto, soy consciente que el haber omitido información relevante del proceso educativo de mi hijo/a afecta su desempeño académico y genera resultados negativos. Es mi compromiso como padre de familia, en caso de haber omitido información, facilitar los recursos que me solicite la Institución para el mejoramiento de la situación. Además, se me ha informado que todo lo anteriormente citado es de carácter confidencial y será utilizado solamente para fines educativos.

Dado en Santo Domingo de Heredia, a los _____ días del mes de _____ del 20____.

Padre, Madre o encargado