

**Cuestionario Autoadministrado  
Proceso de Admisión para Preescolar  
Departamento de Apoyo al Aprendizaje**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

Edad al próximo 15 de febrero: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nivel al que ingresa: \_\_\_\_\_

Institución de la que procede: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Persona(s) entrevistada(s): \_\_\_\_\_

Relación o parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

**2. GRUPO FAMILIAR**

**Personas que viven con el alumno**

Nombre	Parentesco	Nacionalidad	Edad	Ocupación	Teléfono

**Otras personas del grupo familiar que no viven con el alumno**

Nombre	Parentesco	Nacionalidad	Edad	Ocupación	Teléfono

Número de hermanos: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa el niño: \_\_\_\_\_

Estado civil del padre: \_\_\_\_\_

Estado civil de la madre: \_\_\_\_\_

¿El padre y la madre son pareja?      Sí ( )      No ( )

En caso de que el alumno no viva con alguno de sus progenitores, indique con cuál frecuencia se relaciona con éste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de que los padres estén separados, hace cuánto tiempo están separados:

\_\_\_\_\_

Comente la relación con el padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comente la relación con la madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comente la relación con otros miembros de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comente la relación de los padres entre sí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién se encarga del cuidado de los hijos en caso de que los padres trabajen, estudien o tengan que ausentarse? \_\_\_\_\_

Mencione otros vínculos importantes que tenga el alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El niño ha sido testigo de conflictos, violencia o agresiones en el hogar? Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. DATOS DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO:

#### 3.1. Embarazo

Embarazo número: \_\_\_\_\_ Planeado: \_\_\_\_\_ Deseado: \_\_\_\_\_

Amenaza de aborto: \_\_\_\_\_

Estado emocional de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Enfermedades de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_

¿La madre consumió medicamentos durante el embarazo? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿La madre consumió alcohol durante el embarazo? En caso afirmativo, especifique en cuál (es) mes (es) de la gestación, frecuencia y durante cuánto tiempo \_\_\_\_\_

¿La madre consumió drogas durante el embarazo? En caso afirmativo, especifique el tipo de droga, en cuál (es) mes(es) de la gestación, frecuencia y durante cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Caídas o golpes durante el embarazo: \_\_\_\_\_

La madre presentó durante el embarazo alguno de los siguientes:

- |                                                              |                                              |                                                |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangrado                            | <input type="checkbox"/> Edema (Inflamación) | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias |
| <input type="checkbox"/> Presión alta                        | <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Mucho vómito          |
| <input type="checkbox"/> Fiebres altas                       | <input type="checkbox"/> Hospitalización     | <input type="checkbox"/> Rubéola               |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis                       | <input type="checkbox"/> Venéreas            |                                                |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de muertes neonatales  |                                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de muertes perinatales |                                              |                                                |

### 3.2. Parto y antecedentes neonatales

El niño nació:

Prematuro                       Término                       Postérmino

Parto vaginal                       Cesárea

El niño requirió maniobras de resucitación \_\_\_\_\_

Presentó cianosis (nació morado)

Presentó ictericia (nació amarillo)

Requirió oxígeno

Su llanto al nacer fue débil

Requirió medicamentos recién nacido

Tuvo convulsiones

Estuvo hospitalizado

Explique

---



---

Requirió transfusión sanguínea

Su succión era débil

Su deglución era pobre

### 3.3. Alimentación

¿Lo amamantó?     Sí. Edad en la que dejó de mamar: \_\_\_\_\_  
 No. ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

---

Toma o tomó chupón:  sí  no    Edad en la que dejó el chupón: \_\_\_\_\_

Reacción ante el cambio al chupón: \_\_\_\_\_

Toma líquido: ( ) Mucho ( ) Poco

¿Cómo es su apetito? \_\_\_\_\_

Alimentos que prefiere: \_\_\_\_\_

Alimentos que rechaza: \_\_\_\_\_

Reacción alérgica a algún alimento: \_\_\_\_\_

### 3.4 Sueño

¿De bebé dormía de forma tranquila o inquieta? \_\_\_\_\_

Tipo de sueño actual: \_\_\_\_\_

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Presenta alguno de los siguientes:

( ) Pesadillas.

( ) Insomnio

( ) Sonambulismo.

( ) Terrores nocturnos

( ) Somnolencia (El niño habla dormido)

( ) Bruxismo nocturno (rechina dientes)

( ) Jactación nocturna (se mece o balancea dormido)

( ) Presenta rituales para dormir (conductas repetitivas sin las cuales el niño no logra acostarse a dormir y/o conciliar el sueño)

( ) Enuresis nocturna (Se orina sólo en la noche)

¿Dónde duerme el niño y con quién? \_\_\_\_\_

### 3.5 Desarrollo motor

Edad en la que:

Sostuvo la cabeza \_\_\_\_\_ Se sentó sin apoyo \_\_\_\_\_

Se puso de pie \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_

¿Cuál mano usa con más frecuencia para tomar los objetos? ( ) Der. ( ) Izq.

¿Con cuál pie patea con mayor frecuencia? ( ) Der. ( ) Izq.

### 3.6 Desarrollo del lenguaje

A qué edad dijo: Sílabas \_\_\_\_\_ Palabras \_\_\_\_\_ Frases \_\_\_\_\_

A qué edad habló completo: \_\_\_\_\_

¿Tuvo o tiene problemas para hablar? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### 3.7 Control de esfínteres

Fecha de iniciación para orinar y defecar y métodos usados: \_\_\_\_\_

Dificultades surgidas: \_\_\_\_\_

¿A qué edad dejó el pañal? \_\_\_\_\_ Dificultades surgidas: \_\_\_\_\_

Actualmente usa pañal en algún momento: \_\_\_\_\_

### 3.8 Desarrollo afectivo

¿Logra separarse de las figuras importantes? \_\_\_\_\_

Si lo hace, ¿desde cuándo?

- ( ) Come solo      ( ) Se viste solo      ( ) Duerme solo      ( ) Se baña solo  
 ( ) Se amarra los zapatos (de 5 años en adelante)      ( ) Se abotona

Marque con "X" los comportamientos de su hijo (a):

Inquieto		Obediente	
Tranquilo		Desobediente	
Ansioso		Dependiente	
Autoritario		Independiente	
Desconfiado		Comunicativo	
Cariñoso		Introvertido	
Tímido		Miedoso	
Distraído		Extrovertido	
Sumiso		Retador	

¿Manifiesta algún temor?

- ( ) Ruidos      ( ) Oscuridad      ( ) Animales      ( ) Alturas  
 ( ) Soledad      ( ) Personas      ( ) Lluvia      ( ) Truenos  
 ( ) Otro: \_\_\_\_\_

### 3.9 Antecedentes familiares

El niño se relaciona con miembros de la familia que presentan condiciones de:

No vidente	
No oyente	
Síndrome de down	

## 4 SALUD

### 4.5 Antecedentes individuales

Alergias, enfermedades, hospitalizaciones, consumo de medicamentos, algún accidente de importancia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera usted que algún aspecto de salud o del estado físico de su hijo puede afectar su vida estudiantil? Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Practica su hijo algún deporte o presenta alguna limitación para realizar ejercicio físico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4.6 Antecedentes familiares en relación con el niño

Psiquiátricos: \_\_\_\_\_

Neurológicos: \_\_\_\_\_

Alcoholismo: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje o déficit atencional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 5 FAMILIA

¿Cómo describirían las relaciones familiares? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades realizan juntos y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles valores desea fomentar en su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A quién acude su hijo cuando tiene problemas?

\_\_\_ Madre

\_\_\_ Amigos

\_\_\_ Padre

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

\_\_\_ Hermanos

Describe un día en la vida de su hijo, desde que se levanta hasta que se duerme:

---

---

---

## 6 DISCIPLINA Y RESPONSABILIDADES

¿Quiénes son las figuras de autoridad para el niño en su hogar? \_\_\_\_\_

---

---

¿Existen reglas definidas en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

---

¿Las reglas son definidas en acuerdo con sus hijos o establecidas solamente por los padres o encargados? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué tipo de responsabilidades tiene su hijo en el hogar? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué actitud muestra su hijo ante estas responsabilidades? \_\_\_\_\_

---

---

En caso de que su hijo no obedezca, ¿qué consecuencias o castigo le aplican?

---

---

---

En caso de que no existan reglas en la familia o el hijo no tenga ninguna responsabilidad definida en el hogar, ¿obedece esto a una decisión como familia?

Explique: \_\_\_\_\_

---

---

## 7 SOCIALIZACIÓN

### 7.5 Pasatiempos y tiempo libre

¿Cuáles son los juegos preferidos de su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Juguetes favoritos: \_\_\_\_\_

¿Prefiere jugar solo o en grupo? \_\_\_\_\_

Personas con las que comparte el juego: \_\_\_\_\_

Edades: \_\_\_\_\_

Actitud: Cooperativa ( ) Líder ( ) Competitivo ( ) Pelea ( )

Horarios durante el día en que el niño o la niña utiliza electrónicos (ver televisión, usar tablets, computadoras, celulares): \_\_\_\_\_

Programas permitidos: \_\_\_\_\_

¿A qué dedica su hijo el tiempo libre?

\_\_\_ Ver TV

\_\_\_ Dibujar

\_\_\_ Videojuegos

\_\_\_ Jugar con hermanos o amigos

\_\_\_ Computadora

\_\_\_ Deportes

\_\_\_ Tablet

\_\_\_ Celular

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Participa usted en las actividades que su hijo realiza en el tiempo libre? Comente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7.6 Relaciones interpersonales

¿Cómo se relaciona su hijo con sus pares? (gente de su misma edad): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona su hijo con figuras de autoridad? (profesores, adultos, líderes de la iglesia, otros): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8 ASUNTOS ESCOLARES

¿Por qué razón desea matricular a su hijo en el Colegio Monterrey? Comente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna persona en grupo familiar que tenga conocimientos del idioma inglés? Favor indicar el parentesco y el nivel de inglés. \_\_\_\_\_

---

---

En caso de cambio de institución, ¿a qué obedece este cambio? Explique:

---

---

---

¿Quién supervisa el estudio del niño en la casa? \_\_\_\_\_

---

---

¿Su hijo ha presentado alguno de los siguientes problemas de disciplina en el preescolar?:

- Dificultad con compañeros
- Dificultad con algún maestro
- Recados por problemas de conducta
- Cita a los padres por problemas de conducta
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se resolvió y cuál fue el manejo de los padres ante ello? \_\_\_\_\_

---

---

¿Ha recibido su hijo atención o apoyo a nivel de pedagogía, psicología, neurología, psiquiatría, terapia de lenguaje, otros? Explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

Si es así, ¿cuál es el diagnóstico? \_\_\_\_\_

---

---

¿Recomendó el especialista apoyo farmacológico para el niño? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamento le recetó y en qué dosis? \_\_\_\_\_

---

---

¿Toma el medicamento recetado por el neurólogo o psiquiatra actualmente?

\_\_\_\_\_ ¿Cuál y en qué dosis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Desea usted comentar alguna situación específica con relación al proceso de enseñanza - aprendizaje de su hijo(a) que pueda ser de utilidad para el seguimiento que se brinda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera usted importante que la institución los apoye en relación con alguna área? Indique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_