



Esc. Prim.: Colegio "PATRIA"

C.C.T.: 30EPR0578Z ZONA ESCOLAR: 347 SECTOR: 14

ENTREVISTA INICIAL

GRADO CICLO ESCOLAR 2025 - 2026

DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE: _____
CURP: _____ TIPO DE SANGRE: _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____ AÑOS _____ MESES SEXO: _____
DIRECCIÓN: _____

DATOS FAMILIARES:

NÚMERO DE HERMANOS (AS) _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS: _____
¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA? _____ RELIGIÓN: _____
¿RECIBE ALGUNA BECA O AYUDA ECONÓMICA? _____ ¿CUÁL? _____
¿CON QUIÉN CONVIVE MÁS EN EL DÍA? _____
QUIÉN LO AYUDA A HACER SU TAREA? _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____
CURP: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
NÚMERO TELEFÓNICO CELULAR Y/O FIJOS: _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? _____

NOMBRE DEL PADRE: _____
CURP: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
NÚMERO TELEFÓNICO CELULAR Y/O FIJOS: _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? _____

DATOS DEL TUTOR:

NOMBRE: _____
PARENTESCO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
DIRECCIÓN: _____
ESCOLARIDAD _____ TEL. CASA _____ TEL. TRABAJO _____ CEL _____

ACERCA DE SU SALUD

ESTATURA: _____ PESO: _____
¿CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL? _____ ¿CUÁL? _____
¿TIENE CARIES? _____ ¿CUÁNTAS? _____
¿ESCUCHA BIEN? _____
¿VE BIEN? _____ ¿USA LENTES? _____ ¿POR QUÉ? _____
¿UTILIZA ALGÚN APARATO ORTOPÉDICO? _____ ¿CUÁL? _____
¿ES ALÉRGICO (A) A ALGO? _____
¿REQUIERE TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO? _____

(RESPONDE X o ✓)

HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/>
LUPUS	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA RENAL	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS	<input type="checkbox"/>

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES (CARDIOPATÍAS)	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CRÓNICAS RESPIRATORIAS (ASMA)	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA O CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>
VIH SIDA	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>
DESNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>
OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

AUTISMO	<input type="checkbox"/>
BAJA VISIÓN	<input type="checkbox"/>
CEGUERA	<input type="checkbox"/>

HIPOACUSIA O BAJA AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>
MENTAL (BIPOLAR, PSICOSIS, ETC.)	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/>
SORDERA	<input type="checkbox"/>

DISCAPACIDAD INTELECTUAL (SÍNDROME DE DOWN,
DÉFICIT COGNITIVO GLOBAL, ETC.) ☐
DISCAPACIDAD MOTRIZ (PARÁLISIS, PARÁLISIS CEREBRAL, AMPUTACIONES, ETC.) ☐
DISCAPACIDAD MÚLTIPLE ☐

☐
☐
☐

DATOS HITOS DEL DESARROLLO:

INICIO DE LA MARCHA (a que edad): ¿GATEÓ? _____ CAMINÓ _____

CONTROL DE ESFÍNTERES _____ PRIMERAS PALABRAS _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS _____

¿QUÉ APARATOS ELECTRÓNICOS TIENES EN TU CASA? (RELLENA LOS CÍRCULOS QUE SÍ)

☐ LAP TOP ☐ TELEVISION ☐ ESTEREO O RADIO ☐ TABLET
☐ COMPUTADORA DE ESCRITORIO ☐ IMPRESORA

¿CUÁLES SON LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTAS DONDE VIVES?

☐ AGUA POTABLE ☐ ENERGIA ELÉCTRICA ☐ DRENA ☐ PAVIMENTO ☐ AUTOBÚS ☐ COCHE
PARTICULAR
☐ CELULAR ☐ LINEA DE TELEFONO FIJA ☐ INTERNET ☐ TELEVISION POR CABLE ☐ GAS
ESTACIONARIO

¿CÓMO DESCRIBE A SU HIJA (O) (FISICA Y SU PERSONALIDAD)? _____

¿CUENTA CON ALGUNA SEÑAL DE TV O SOLO SEÑAL ABIERTA? _____

¿CON QUÉ TIPO DE ACCESO A INTERNET CUENTA?

SOLO DATOS

WI FI

ME COMPARTEN INTERNET

☐
☐
☐

CASA DE ALGÚN FAMILIAR

OTRA _____

☐

¿SABE CÓMO DESCARGAR ARCHIVOS EN SU CELULAR? _____

¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA PASA SU HIJO CON ALGUNOS DISPOSITIVOS ELECTRONICOS? _____

¿UTILIZA SU HIJO (A) CUENTA DE REDES SOCIALES? _____ ¿CUÁLES? _____

¿HACE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTE? _____

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA SU HIJO (A) POR LA TARDE? _____

MEDIDAS DISCIPLINARIAS QUE ACOSTUMBRAN EN CASA _____

¿CUÁL ES EL HORARIO DE SU HIJO (A) PARA DORMIR? _____

¡GRACIAS POR CONTESTAR, ESTOS SON DATOS CONFIDENCIALES, EXCLUSIVOS DE LA EDUCACIÓN!

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

ANEXAR COPIA DE INE DEL TUTOR (QUE NO SEAN LOS PADRES) Y DE 2 PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO