



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 CARIÉS? _____ ¿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
DEPRESIÓN
CÁNCER
LUPUS
DIABETES
INSUFICIENCIA RENAL
OBESIDAD
ARTRITIS

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES (CARDIOPATÍAS)
ENFERMEDADES CRÓNICAS RESPIRATORIAS (ASMA)
EPILEPSIA O CONVULSIONES
VIH SIDA
TUBERCULOSIS
DESNUTRICIÓN
OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

AUTISMO
BAJA VISIÓN
CEGUERA

HIPOACUSIA O BAJA AUDICIÓN
MENTAL (BIPOLAR, PSICOSIS, ETC.)
PROBLEMA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
PROBLEMA DE CONDUCTA
SORDERA



DISCAPACIDAD INTELECTUAL (SÍNDROME DE DOWN,
DÉFICIT COGNITIVO GLOBAL, ETC.)

DISCAPACIDAD MOTRIZ (PARÁLISIS, PARÁLISIS CEREBRAL, AMPUTACIONES, ETC.)

DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 COMPUTADORA DE ESCRITORIO TABLET 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) (FÍSICA 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 ELECTRÓNICOS? _____

¿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