

Utilice lápiz pasta azul o negro para escribir y procure que sea una letra entendible.

Responda honestamente toda la encuesta, y omita sólo aquella información que desconozca o no recuerde. Este documento es de uso confidencial y **debe ser entregado sin falta el día que le corresponda la matrícula.**

En caso de que cuente con informes de jardines infantiles u otros establecimientos, incorporar copia de estos.

MUCHAS GRACIAS, EDUCACIÓN INICIAL

1. Datos de identificación del niño/a:

Nombre del niño/a	
Rut	
Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Colegio o Jardín de procedencia	
Condición diagnosticada (condición del espectro autista/TEA, Retraso global del desarrollo, trastorno del lenguaje, algún síndrome, rechazo alimentario, alergia alimentaria, etc) Indique en el recuadro	
Dirección actual	
Indique el nivel al cual ingresa (x)	PREKÍNDER <input type="checkbox"/> KÍNDER <input type="checkbox"/>

2. Datos de ambos padres y/o adulto a cargo de la custodia legal (según corresponda):

2.1 Madre

Nombre Completo	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Rut	
Nacionalidad	
Teléfono	
Dirección particular	
Escolaridad (hasta que curso llegó)	
Profesión u ocupación	
Lugar de trabajo	

2.2 Padre

Nombre Completo	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Rut	
Nacionalidad	

Teléfono	
Dirección particular	
Escolaridad (hasta que curso llegó)	
Profesión u ocupación	
Lugar de trabajo	

2.3 Adulto a cargo de la custodia legal (responda sólo en el caso que corresponda)

Nombre Completo	
Parentesco con el niño/a	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Rut	
Nacionalidad	
Teléfono	
Dirección particular	
Escolaridad (hasta que curso llegó)	
Profesión u ocupación	
Lugar de trabajo	

2.4 Indique cuál de los padres/cuidador será el APODERADO OFICIAL según lo informado al momento de matricular (escriba el nombre completo a continuación)

2.5 Indique quién será el APODERADO SUPLENTE (escriba el nombre completo a continuación)

3. Información Familiar:

4.1 ¿Quién es la persona que se encuentra mayor tiempo a cargo del niño/a cuando no está en el colegio? **Señale** **porqué.**

3.2 ¿Quién o quiénes serán los adultos responsables de ayudarle al niño en las tareas escolares?

3.3 ¿El niño coopera en alguna actividad del hogar? **Mencione cuáles.**

Entendiendo que la pandemia afectó a nivel físico, social y emocional de nuestros hijos e hijas

3.4 ¿Cuál es la reacción del niño cuando no se le da lo que desea?

3.5 ¿Cómo se calma el niño/niña cuando está enojado o triste?

3.6 ¿Qué situaciones provocan que el niño/a se enoje, irrite o frustre?

3.7 ¿Existe una coordinación en el sistema de crianza entre los adultos que cuidan al niño/a? Es decir, ¿se ponen de acuerdo para tomar decisiones? **Ejemplifique.**

3.8 ¿Cómo reacciona su hijo/a cuando se relaciona con niños o niñas de su edad?

3.9 ¿Cómo visualiza la llegada de su hijo/a al establecimiento?, Describa

4.0 ¿Cómo describiría su rutina familiar? ¿Por qué?

4. Información Específica del Niño/a:

5.1 Características Personales. A continuación, escriba cuáles son las características **que más representan** a su hija/hijo, por ejemplo (*Tranquilo/a, alegre, mandón/a, melancólico/a, obediente, inquieto/a, ansioso/a, conversador, cooperador/a, peleador/a, tímido/a, independiente, entre otras características que usted pueda visualizar*).

5.2 Cuáles son **los intereses de su hijo/hija**, escriba brevemente qué es lo que más le gusta hacer:

5.3 Comente **aspectos positivos** y aspecto/s que considere que su hijo/a deba **trabajar y/o potenciar** :

5.4 Desarrollo del lenguaje. Marque con una X sí o no

Presenta errores al pronunciar ciertos sonidos. <i>Ej.: pedota (pelota); machana (manzana)</i>	Sí	No
Presenta errores al pronunciar ciertas palabras. <i>Ej. ato (auto); pátano (plátano); posa (mariposa)</i>	Sí	No
Sólo los padres y cercanos entienden lo que el niño/a quiere decir	Sí	No
Usa un mismo nombre para distintos objetos. <i>Ej. Le dice "perro" a todos los animales; le dice "manzana" a todas las frutas</i>	Sí	No
Le cuesta comprender y realizar instrucciones simples. <i>Ej. deja el vaso en la mesa</i>	Sí	No
Se le debe repetir varias veces una instrucción para que la realice	Sí	No
Presenta dificultad al entender preguntas y contesta con algo que no se relaciona	Sí	No
Presenta dificultad para ordenar sus ideas al conversar. <i>Ej. "jugó con una pelota el gatito ayer de mi mamá"</i>	Sí	No
Las oraciones que realiza tienen errores. <i>Ej. El pelota, la niño, dos calcetín</i>	Sí	No
Presenta dificultad para interactuar y comunicarse espontáneamente con otros niños y adultos	Sí	No
Ocupa palabras poco frecuentes o rebuscadas	Sí	No
Habla con un acento diferente, como de un dibujo animado	Sí	No
Habla con oraciones de 5 o más palabras cuando expresa una idea	Sí	No
Asistió a escuela de lenguaje o fue atendido por fonoaudiólogo. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Considero que sería importante que mi hijo/a fuera evaluado por la fonoaudióloga del colegio, ya que tengo dudas de si su desarrollo está dentro de lo esperado	Sí	No

5.5 Características del sueño. Marque con una X sí o no

Insomnio (le cuesta dormirse, duerme pocas horas)	Sí	No
Tiene pesadillas recurrentes	Sí	No
Tiene temores nocturnos	Sí	No
Es sonámbulo	Sí	No
Hipersomnia (sueño excesivo)	Sí	No
Duerme siesta. Cuánto tiempo: _____	Sí	No

- ¿A qué hora se duerme su hijo? _____
- ¿Cuántas horas necesita dormir? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____
- ¿Duerme sólo o acompañado? _____ ¿Con quién? _____

5.6 Características de alimentación. Marque con una X sí o no

Presenta falta de apetito	Sí	No
Tiene rechazo a alimentos específicos. ¿Cuáles? _____	Sí	No
Presenta vómitos al comer	Sí	No
Come en forma descontrolada y en exceso	Sí	No
Come solo	Sí	No
Come muy lento. ¿Cuánto demora? _____	Sí	No
Come alimento picado o entero	Sí	No
Usa mamadera ¿Cuántas veces al día? _____	Sí	No
Usa chupete	Sí	No
Succionar su dedo (pulgar)	Sí	No

5.7 Características del desarrollo psicomotor. Marque con una X sí o no

Presenta control de esfínter vesical (orina) diurno. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Presenta control de esfínter vesical (orina) nocturno. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Usa pañales de noche	Sí	No
Presenta control de esfínter anal (fecas) diurno. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Presenta control de esfínter anal (fecas) nocturno. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Se limpia solo, sin ayuda del adulto, cuando va al baño (para orinar y defecar)	Sí	No
Salta en dos pies	Sí	No
Mantiene el equilibrio al caminar sobre una línea recta	Sí	No
Corre (manteniendo la postura, equilibrio y la cabeza levantada)	Sí	No

5.8 Datos anamnésticos

- **Marque con una X según corresponda:**

	Nace de término	Parto con fórceps	Madre cursa embarazo con problemas de salud. ¿Cuáles? _____
	Nace prematuro. Semanas: _____	Nace por cesárea	Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____
	Nace por parto normal	Durante el parto presenta asfixia	Madre cursa embarazo con problemas emocionales

- **Indique la edad aproximada en la que se presentan las siguientes conductas:**

Levanta (afirma) la cabeza: _____	Primeras palabras: _____
Se sienta solo: _____	Frases de 2 palabras: _____
Gatea: _____	Oraciones completas: _____
Camina: _____	Vestirse solo: _____
Comer solo: _____	

5.7 Historia Escolar (marque con una X su respuesta y complete las preguntas que se solicitan)

Asiste a sala cuna. ¿A qué edad? _____	Sí	No
Asiste a jardín. ¿A qué edad? Nombre del jardín: _____	Sí	No
Comente de acuerdo con la experiencia en jardín infantil:		
Asiste con agrado	Sí	No
Presentó dificultades para adaptarse	Sí	No
Le gusta compartir juegos y materiales con sus compañeros/as	Sí	No
Presentó alguna experiencia negativa Comente:	Sí	No
Presentó dificultades para aprender Explique:	Sí	No
Fue derivado a algún especialista (neurólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, psicopedagogo) ¿A cuál? ¿Por qué? _____ _____ _____	Sí	No
Fue derivado a atención de educadora de párvulos en consultorio ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo? _____ _____	Sí	No

5.9 Antecedentes de salud

Vacunas al día	Sí	No			
Escucha bien	Sí	No			
Ve bien	Sí	No			
Usa anteojos	Sí	No			
Enfermedad cardíaca	Sí	No			
Enfermedad broncopulmonar	Sí	No			
Enfermedad alérgica Explique: _____	Sí	No			
Enfermedad neurológica (epilepsia, convulsiones febriles, otra). ¿Cuál? _____	Sí	No			
Otra Indique cual _____	Sí	No			
En la familia existen antecedentes de las siguientes condiciones. Marque con una X al lado de la palabra					
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Trastorno de lenguaje	<input type="checkbox"/>	Condición del espectro autista (TEA)	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>
Otro: _____		Señale: _____			

Nombre/firma
 Apoderado que completa los datos
 solicitados.