1. **ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | |
| Rut |  | Fecha de nacimiento |  |
| Nacionalidad |  | Edad a marzo 2023 |  |
| Lugar de nacimiento |  |
| Dirección |  | Comuna |  |
| Fecha entrega formulario |  | Curso actual |  |

A continuación, señale las instituciones educativas a las que ha asistido el estudiante y realice un comentario de la experiencia o hitos relevantes para su desarrollo

**PRE-ESCOLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL** | **AÑO** | **INSTITUCIÓN** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ESCOLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL** | **AÑO** | **INSTITUCIÓN** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **SEXUALIDAD Y DESARROLLO**

1. ¿Han conversado de sexualidad? ¿Qué temas han tratado?¿Qué dudas ha manifestado?

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No** |
|  |

2. ¿Cree que su hijo tiene confianza para hablar con ustedes sobre dudas del desarrollo?

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No** |
|  |

3. ¿Qué cambios físicos y/o psicológicos han sido difíciles de abordar como familia?

|  |
| --- |
|  |

4. ¿Ha sufrido algún dolor, trauma o experiencia negativa significativa para su desarrollo?

|  |
| --- |
|  |

5. ¿Quiénes son sus mejores amigos?¿Cómo los conoció?

|  |
| --- |
|  |

**FAMILIA**

6. ¿Con quién vive? Indicar parentesco y edad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Edad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. ¿Tiene mascotas?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | EDAD | ¿DESDE CUÁNDO LOS ACOMPAÑA? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8. ¿Otros hermanos o familiares pertenecen a ASM o MNF?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | EDAD | ¿MNF O ASM? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

9. ¿Cómo sienten los padres que es la relación del estudiante con su madre? ¿Algo relevante que nos quiera comentar?

|  |
| --- |
|  |

10. ¿ Cómo sienten los padres que es la relación del estudiante con su padre? ¿Algo relevante que nos quiera comentar?

|  |
| --- |
|  |

11. ¿ Cómo sienten los padres que es la relación del estudiante con sus hermanos, si los tiene? ¿Algo relevante que nos quiera comentar?

|  |
| --- |
|  |

12. ¿Cómo es su relación con sus abuelos? ¿Algo relevante que nos quiera comentar?

|  |
| --- |
|  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo Sanguíneo |  | Seguro escolar |  | | | Previsión de salud | |  | |
| Alergias a medicamentos u otra |  | | | | | | | | |
| En caso de emergencia avisar a | Nombre |  | | Parentesco |  | | Contacto | |  |
| Nombre |  | | Parentesco |  | | Contacto | |  |

13. ¿Ha tenido alguna enfermedad importante a lo largo de su vida?

|  |
| --- |
|  |

14.Marque con un X si ha tenido las siguientes enfermedades

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Varicela |  | Sarampión |  | Hepatitis |  | Escarlatina |  | Tifoidea |  |

18. ¿Se encuentra vacunado contra el COVID-19? ¿En qué fechas se puso las dosis?

|  |
| --- |
|  |

15. A continuación, mencione la fecha en que se realizó el último control o diagnóstico de las siguientes especialidades y mencione si tiene algún comentario

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONTROL O DIAGNÓSTICO | FECHA | COMENTARIO Y RESULTADOS |
| Oftalmológico |  |  |
| Otorrino: agudeza auditiva, respiración u otro |  |  |
| Dental |  |  |
| Pediátrico |  |  |
| Traumatológico |  |  |
| Fonoaudiológico |  |  |
| Psicológico |  |  |
| Terapia ocupacional |  |  |
| Neurológico |  |  |
| ¿Otro? |  |  |

16. ¿Ha asistido a alguna terapia? ¿Por qué motivo?

|  |
| --- |
|  |

17. Sobre la higiene del sueño

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuántas horas duerme? |  | ¿A qué hora se duerme? |  | ¿A qué hora se despierta? |  |
| ¿Duerme con alguien en la misma pieza? |  | | ¿Duerme con alguien en la misma cama? |  | |
| ¿Cómo es su dormir? |  | | | | |

18 Alguna información importante de salud que debamos saber y no ha sido considerada en este formulario

|  |
| --- |
|  |

1. **SOBRE SU ALIMENTACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Hora | Alimentos comunes que ingiere | Comentarios |
| Desayuno |  |  |  |
| Colación |  |  |  |
| Almuerzo |  |  |  |
| Once |  |  |  |
| Cena |  |  |  |

19. Frecuencia semanal de ingesta de; (indique cantidad de veces a la semana)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alimento | Veces a la semana | Información adicional |
| Frutas |  |  |
| Verduras |  |  |
| Agua sin sabor ni gas |  |  |
| Bebidas gaseosas o aguas saborizadas |  |  |
| Snack procesados y/o con azúcar añadida |  |  |

1. **ASPECTOS RELEVANTES DE SU DESARROLLO MOTRIZ, EXPLORATORIO Y ENTRETENCIÓN**

20.¿A qué edad aprendió a andar en bicicleta sin rueditas?

|  |
| --- |
|  |

21. ¿A qué dad aprendió a nadar?

|  |
| --- |
|  |

22. ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad deportiva?

|  |
| --- |
|  |

23.¿Le gusta hacer deporte? ¿Cuáles son sus deportes favoritos?

|  |
| --- |
|  |

24. ¿A qué edad aprendió a atar sus cordones?

|  |
| --- |
|  |

25. Según su perspectiva, marque con una X si el estudiante tiene desarrollada o le falta potenciar cada función ejecutiva. Comente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Función ejecutiva | Desarrollada | Por desarrollar | Observaciones |
| Razonamiento |  |  |  |
| Planificación |  |  |  |
| Fijación de metas |  |  |  |
| Toma de decisiones |  |  |  |
| Inicio y finalización de tareas |  |  |  |
| Organización |  |  |  |
| Inhibición |  |  |  |
| Monitorización |  |  |  |
| Memoria de trabajo |  |  |  |
| Anticipación |  |  |  |
| Flexibilidad |  |  |  |

26.¿Le gusta leer? ¿Cuál es su libro favorito?¿Cuál es la razón? ¿Lee otros libros aparte del itinerario lector?

|  |
| --- |
|  |

27. Marque con una X si ha tenido experiencias previas en las disciplinas señaladas y cuéntenos cómo fue

|  |  |
| --- | --- |
| Circo |  |
| Yoga |  |
| Arte |  |
| Teatro |  |
| Deporte |  |
| Danza |  |
| Otros |  |

28. Sobre su entretención,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Se entretiene con tecnologías? |  | ¿Cuáles? |  |
| ¿Cuántas horas al día? |  | ¿Es supervisado? ¿Cómo? |  |
| ¿Cuál es su postura frente al uso de pantallas a la edad del estudiante? | |  | |
| El estudiante y su familia conocen el daño que producen el uso de pantallas, drogas y alcohol? | |  | |

1. **CONTEXTO FAMILIAR**

29. Antecedentes actualizados **de la madre**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | | | | | | Rut | |  |
| Fecha de nacimiento |  | Nacionalidad | | | |  | | Profesión u oficio | |  |
| ¿Tiene alguna afición/hobby? ¿Cuál? |  | | | | | | | | | |
| Lugar de trabajo |  | | Teléfono del trabajo | |  | | Teléfono personal | |  | |
| Correo electrónico |  | | | | | | | | | |
| ¿Alguna información importante que debamos conocer? (Creencia religiosa. Ideología, situaciones especiales, separación, asuntos legales, enfermedades de un familiar u otro) | | | |  | | | | | | |

30. Antecedentes actualizados **del padre**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | | | | | | Rut | |  |
| Fecha de nacimiento |  | Nacionalidad | | | |  | | Profesión u oficio | |  |
| ¿Tiene alguna afición/hobby? ¿Cuál? |  | | | | | | | | | |
| Lugar de trabajo |  | | Teléfono del trabajo | |  | | Teléfono personal | |  | |
| Correo electrónico |  | | | | | | | | | |
| ¿Alguna información importante que debamos conocer? (Creencia religiosa. Ideología, situaciones especiales, separación, asuntos legales, enfermedades de un familiar u otro) | | | |  | | | | | | |

31. ¿Quiénes serán los apoderados del estudiante?

|  |
| --- |
|  |

32. ¿Algo adicional que nos quiera comentar antes de iniciar el año?

|  |
| --- |
|  |

*Finalmente, declaro que la información entregada es verídica y en caso de presentar algún síntoma de COVID19 o ser contacto estrecho de alguna persona con COVID-19 durante el año, avisaré oportunamente a Dirección. Solicitamos responsabilidad y empatía a las familias para que toda la comunidad educativa se proteja del COVID-19 y podamos continuar con nuestras anheladas clases presenciales. ¡Arrayán lo construimos todos!*

*Adicionalmente, declaro que he leído el Proyecto Educativo institucional (PEI), Manual de Convivencia Escolar y Reglamento de padres y que tengo acceso a ellos cuando lo estime conveniente.*

FIRMA APODERADO 2

FIRMA APODERADO 1