



# DEVELOPMENTAL HISTORY Elementary

Los siguientes datos son de gran importancia para que nosotros podamos conocer más acerca del desarrollo de su hijo(a), por lo que le pedimos que conteste con la mayor veracidad posible.

Fecha \_\_\_\_\_

### A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Escuelas anteriores: \_\_\_\_\_

### B) COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres:

ESTADO CIVIL	X	Desde cuándo
Casados por el civil		
Casados por la Iglesia		
Separado		
Divorciado		
Unión Libre		
Viudo (a)		

Hermanos:

Nombre	Edad	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si se trata de una familia reconstruida:

- Segundo Matrimonio ( ) De quién (padre y/o madre): \_\_\_\_\_  
Número de hijos de otro matrimonio \_\_\_\_\_

En caso de que el niño sea adoptado:

- ¿Qué edad tenía el niño al ser adoptado? \_\_\_\_\_
- ¿El niño tiene conocimiento de su adopción? SI ( ) NO ( )

Personas que viven con el niño (mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos, etc.):

---

---

Describa cómo es la relación del niño(a) con cada miembro de la familia (nivel de comunicación y confianza; actividades o intereses compartidos; grado de obediencia a cada uno de los padres; etc.).

Madre:

---

---

---

---

Padre:

---

---

---

---

Hermanos:

---

---

---

¿Ha habido algún evento traumático en la familia durante el desarrollo de su hijo?

---

---

---

### C) HISTORIA PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL

Describa su estado de ánimo durante el embarazo: \_\_\_\_\_

---

---

El embarazo fue planeado: Sí ( ) No ( )

Al encontrarse la madre embarazada, la situación de la pareja era:

Estable ( ) Inestable ( )

Describa las circunstancias físicas del embarazo (enfermedades, accidentes, amenaza de aborto, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué número de embarazo es su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿El nacimiento fue a término? SI ( ) NO ( )

Señale en qué semana de gestación se dio el parto \_\_\_\_\_

El parto fue: Natural ( ) Cesárea ( )

El llanto del niño(a) fue: Espontáneo ( ) Provocado ( )

¿Durante el parto o después de éste hubo alguna complicación? Si ( ) No ( )

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hubo necesidad de usar fórceps? Si ( ) No ( )

¿Necesitó incubadora? Si ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó el niño(a) al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto midió? \_\_\_\_\_

#### D) DESARROLLO

Relate brevemente los dos primeros años de vida del niño. ¿Qué clase de niño(a) era? (alimentación, sueño, nivel de actividad, salud, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### - Sueño

En los últimos seis meses su hijo(a) ha presentado:

Pesadillas ( ) Terrores nocturnos ( ) Sonambulismo ( )

Actualmente duerme en: habitación propia ( ) habitación compartida ( )

¿Acostumbra pasarse a la cama de mamá y papá? Si ( ) No ( )

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

##### - Alimentación

¿Cómo considera que es su alimentación actualmente?

\_\_\_\_\_

##### - Desarrollo motor

¿Cómo describiría el desarrollo motor de su hijo(a)?

Normal: \_\_\_\_\_ Retrasado: \_\_\_\_\_ Avanzado: \_\_\_\_\_

Mencione la edad a la que empezó a: Gatear: \_\_\_\_\_ Caminar: \_\_\_\_\_

Correr: \_\_\_\_\_

Comer solo \_\_\_\_\_ Bañarse: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su coordinación fina (iluminar, recortar, escribir, etc.)?  
Normal: \_\_\_\_\_ Retrasado: \_\_\_\_\_ Avanzado: \_\_\_\_\_

¿Tiene pie plano o alguna otra dificultad para caminar o correr? (EXPLIQUE)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) realiza regularmente algún deporte? \_\_\_\_\_  
¿Cuál o cuáles? \_\_\_\_\_

¿Considera que su hijo(a) tiene destreza para los deportes? Sí ( ) No ( )  
El niño(a) es: Zurdo(a) ( ) Diestro(a) ( )  
¿Su hijo ha recibido algún apoyo en el área psicomotriz? Sí ( ) No ( )  
¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

- **Desarrollo del lenguaje, visual y auditivo**

¿Cómo describiría el desarrollo del habla y lenguaje de su hijo(a)?  
Normal: \_\_\_\_\_ Retrasado: \_\_\_\_\_ Avanzado: \_\_\_\_\_

¿Considera el lenguaje de su hijo(a) adecuado para su edad? SI ( ) No ( )  
¿Comprende lo que se le dice? SI ( ) No ( )  
¿Se expresa fácilmente? SI ( ) No ( )  
¿Tartamudea cuando habla? SI ( ) No ( )  
¿Tiene dificultades en la articulación de ciertas palabras (pronunciación)? SI ( ) No ( )  
¿Ha asistido a alguna terapia de lenguaje? Sí ( ) No ( )  
Durante cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Nombre del Terapeuta: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado algún problema a nivel visual? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes? Sí ( ) No ( ) Motivo: \_\_\_\_\_

¿Los lentes los tiene que usar dentro del salón de clases? SI ( ) No ( )

¿Ha experimentado algún problema de oído? (operaciones, infecciones, etc.) \_\_\_\_\_

¿Parece que escucha normalmente? SI ( ) No ( )

**E) SALUD**

Indique si ha presentado problemas:

Respiratorios: \_\_\_\_\_

Cardiovasculares: \_\_\_\_\_

De la piel: \_\_\_\_\_

Digestivos: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Traumatismos: \_\_\_\_\_

Fracturas: \_\_\_\_\_

Tics: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_

Epilepsia: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

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

¿Padece alguna enfermedad o situación médica que requiera de atención especial?

\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento actualmente y para qué padecimiento? \_\_\_\_\_

## F) HISTORIA ESCOLAR

¿A qué edad fue por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_

Si ha tenido cambios de escuela, explique el motivo de dicho(s) cambio(s) y cómo ha sido su adaptación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Describa cómo ha sido su aprovechamiento académico en los diferentes años escolares?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el promedio académico actual del niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Considera que tiene problemas para el estudio? SI ( ) No ( )

¿Qué tan responsable es en sus tareas escolares y en el estudio en general?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera que su hijo (a) tiene dificultad para concentrarse al momento de estudiar o de hacer tareas? \_\_\_\_\_

¿Su hijo (a) necesita del apoyo de alguien para que haga sus tareas o las hace solo (a)?

\_\_\_\_\_

¿Qué materias se le facilitan?

\_\_\_\_\_

¿Qué materias le cuestan más trabajo?

\_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún tipo de apoyo extra escolar? Sí ( ) No ( )

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha asistido a terapia de aprendizaje? Sí ( ) No ( )

¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus maestros y figuras de autoridad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le es fácil seguir las reglas del colegio? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido reportes disciplinarios? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué motivo (s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique los motivos por los que desea que su hijo (a) ingrese al Instituto Highlands:

\_\_\_\_\_

**G) RASGOS PERSONALES (Comportamiento, socialización y carácter)**

¿Cómo describiría el carácter de su hijo (tranquilo, extrovertido, introvertido, explosivo, impulsivo, reflexivo, etc.)?

\_\_\_\_\_

¿Lo considera obediente o con dificultades para seguir indicaciones?

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la adaptación social de su hijo(a) tanto con personas de su misma edad como con adultos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En ambientes nuevos o desconocidos, ¿le es fácil hacer amigos? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus compañeros (as)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene amigos? \_\_\_\_\_ ¿Tiene un mejor amigo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido víctima de bullying en el colegio? \_\_\_\_\_

¿Qué clase de intereses o actividades tiene su hijo(a)? (Hobbies, deportes, etc.)?

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría a su hijo(a) en términos generales (cualidades y áreas de oportunidad)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha asistido a terapia emocional? Sí ( ) No ( )

¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

## H) RELIGIÓN

¿Los padres practican alguna religión? Sí ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué opinión tienen de su religión?

\_\_\_\_\_

Si es católico, ¿su hijo(a) tiene alguno de los siguientes sacramentos?

Bautizo ( ) Confirmación ( ) Primera Comunión ( )

¿El niño(a) ha tenido algún tipo de formación religiosa? (pláticas por parte de algún miembro de la familia, escuela anterior, catecismo, misa dominical, misiones, etc.)

\_\_\_\_\_

¿Qué opinión tienen de su religión? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONFORMIDAD SOBRE EL PROCESO DE ADMISIÓN

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que toda la información proporcionada es verdadera y completa, que no omití detalles significativos sobre el desarrollo de mi hijo(a). Por lo que de haber omitido algún dato significativo que pueda incidir en su proceso de aprendizaje, libero de toda responsabilidad al colegio, al no haberle proporcionado toda la información necesaria, a fin de atender los requerimientos educativos que presenta mi hijo(a). Comprometiéndome a mantener actualizada la historia de desarrollo de mi hijo(a), durante su estancia en esta Institución educativa. Acepto que los resultados de la valoración de admisión sean confidenciales y para uso exclusivo del colegio. La aplicación de dichos exámenes no garantiza la admisión de mi hijo(a), la cual implica una decisión inapelable del Consejo de Admisiones, así como disponibilidad de cupo. De igual forma, manifiesto que me fue debidamente informado sobre el Aviso de Privacidad con que cuenta el Colegio, y que puede ser consultado en la página de internet: [www.semperaltius.edu.mx/privacidad/](http://www.semperaltius.edu.mx/privacidad/)

\_\_\_\_\_  
Nombre del responsable

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad

\_\_\_\_\_  
Fecha