



## HISTORIA DE DESARROLLO

Los datos que se presentan a continuación sirven para valorar con precisión el desarrollo de su hijo, por favor sírvase contestar con veracidad y precisión.

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

### I. DATOS GENERALES

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cómo lo llaman en casa: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela y Maestra: \_\_\_\_\_

Dirección del Colegio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### II. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. Ofna \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Zurdo (a) \_\_\_\_\_ Diestro (a) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. Ofna \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Zurdo (a) \_\_\_\_\_ Diestro (a) \_\_\_\_\_

Los padres del (a) niño (a) están:

Casados ( ) Desde cuándo \_\_\_\_\_ Separados ( ) Desde cuándo \_\_\_\_\_

Unión Libre ( ) Desde cuándo \_\_\_\_\_ Divorciados ( ) Desde cuándo \_\_\_\_\_

La relación actual es del :

Primer matrimonio ( ) Segundo matrimonio ( ) Otros ( )

Explique:

---

---

---

**Nombre de los hermanos, edades, grado que cursan y escuela a la que asisten.**

Nombre	Edad	Escolaridad	Colegio	Salud Mental y Física	Describe la relación que lleva con el niñ@

**En caso de ser una familia reconstruida**

Explique la forma en que se le ha explicado al niñ@ la situación \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó? \_\_\_\_\_

Señale si tiene hermanastr@s, la forma en que se relaciona con ell@s y los días en que convive con ell@s \_\_\_\_\_

**En caso de ser el niñ@ adoptad@**

¿Qué edad tenía el niñ@ al ser adoptad@? \_\_\_\_\_

¿ El niñ@ tiene conocimiento de su adopción? SI ( ) NO ( )

¿ A qué edad se lo dijeron? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción del niñ@? \_\_\_\_\_

Si no se lo han dicho, lo piensan hacer? SI ( ) NO ( ) Señale el por qué \_\_\_\_\_

**III. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO**

Edad en que la madre se embarazó de este (a) niño (a): \_\_\_\_\_

Edad del padre cuando la madre se embarazó de este (a) niño (a): \_\_\_\_\_

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

Estable ( ) Inestable ( ) Satisfactoria ( )

Explique \_\_\_\_\_

¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

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

¿El embarazo de este (a) niño (a) fue deseado? Si ( ) No ( )

Porqué \_\_\_\_\_

¿Fue aceptado su embarazo? Si ( ) No ( )

Porqué \_\_\_\_\_

La madre prefería que fuera: Niño ( ) Niña ( )

Porqué \_\_\_\_\_

¿El padre qué prefería? \_\_\_\_\_

¿Cuántas consultas médicas tuvo durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Qué enfermedades tuvo durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Cómo se sintió físicamente? \_\_\_\_\_

¿Tuvo caídas, vómitos, diarreas, mareos, aumento excesivo de peso o alguna complicación, señale alguna de ellas? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna acción para interrumpir el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas en alguno de sus embarazos?, si es así, ¿en cual? \_\_\_\_\_

¿Hubo abortos, niños muertos al nacer o después? Indique causa y lugar que ocuparon con relación al niño:

¿Hubo anticonceptivos antes del embarazo? \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas de infertilidad? Si ( ) No ( )

Indique el tratamiento: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estuvo en tratamiento? \_\_\_\_\_

#### IV. NACIMIENTO

¿El nacimiento fue a término? SI ( ) NO ( ) Señale en qué semana de gestación \_\_\_\_\_

¿El parto fue natural? Si ( ) No ( ) ¿Con bloqueo? Si ( ) No ( )

¿Con anestesia general? Si ( ) No ( )

¿Hubo necesidad de hacer cesárea? Si ( ) No ( ) Motivo \_\_\_\_\_

¿Hubo necesidad de usar fórceps? Si ( ) No ( ) Motivo \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? \_\_\_\_\_

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

Durante el parto hubo alguna anomalía como:

Sufrimiento fetal ( ) Falta de oxígeno al nacer ( )

El color de la piel era azulada o morada ( ) Cordón umbilical enredado ( ) Requirió cambio de sangre ( )

Desproporción entre cabeza del bebé y pelvis de la madre ( )

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

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

¿Qué calificación tuvo de APGAR? \_\_\_\_\_

¿Después de nacer presentó ictericia (color amarillo de la piel) ? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la primera impresión de la madre al ver al bebé? \_\_\_\_\_

¿Qué participación tuvo el padre durante el parto? \_\_\_\_\_

#### V. ALIMENTACIÓN

¿Se alimentó directamente del pecho o se sacaba la leche para dársela en biberón? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le dio directamente del pecho? \_\_\_\_\_

En caso de no haberlo hecho, ¿Cuál fue la razón? \_\_\_\_\_

¿Qué método utilizó para el destete? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó el (la) niño (a)? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la actitud de la madre durante la lactancia? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a comer alimentos sólidos? \_\_\_\_\_

¿Aceptó fácilmente otros alimentos? \_\_\_\_\_

¿Cómo era y ha sido su apetito? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su alimentación? \_\_\_\_\_

¿Qué conductas presenta durante la alimentación? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para masticar? \_\_\_\_\_

¿Escupe la comida? Si ( ) No ( ) ¿Come con las manos? Si ( ) No ( )

¿Qué hace ud. Ante esta situación? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para pasar líquidos? Si ( ) No ( )

¿Usó chupón? Si ( ) No ( ) ¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Lo usa actualmente? Si ( ) No ( ) ¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_

En caso de que lo haya usado, ¿Qué método empleó para quitárselo? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó el (la) niño (a)? \_\_\_\_\_

¿Se chupó el dedo? Si ( ) No ( ) ¿Se lo chupa actualmente? Si ( ) No ( )

#### VI. CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Se orina actualmente en la ropa o en la cama? Si ( ) No ( )

En la mañana ( ) En la noche ( ) ¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué hace para eliminar esta situación? \_\_\_\_\_

Actualmente obra: En la ropa ( ) En la cama ( ) En la mañana ( ) En la noche ( ) ¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a educarlo (a) para que fuera a orinar al baño? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo para obrar en el baño? \_\_\_\_\_

¿A qué edad estuvo completamente educado (a) para ambas cosas? \_\_\_\_\_

¿Qué métodos utilizaron para esta educación? \_\_\_\_\_

¿Fue muy difícil educarlo en estos aspectos? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó el (la) niño (a) a esta educación? \_\_\_\_\_  
Una vez que aprendió, ¿Volvió en ocasiones a orinarse u obrarse en la ropa o cama? \_\_\_\_\_

### VII. DESARROLLO MOTOR

A qué edad pudo el (la) niño (a):

- 1) Voltarse solo \_\_\_\_\_ 2) Mantener la cabeza erecta \_\_\_\_\_ 4) Gatear \_\_\_\_\_  
5) Sentarse sin soporte \_\_\_\_\_ 6) Caminar sin caerse \_\_\_\_\_ 7) Subir y bajar escaleras sin caerse \_\_\_\_\_  
8) Correr sin caerse \_\_\_\_\_ 9) Comer solo \_\_\_\_\_

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

¿Utiliza plantillas? SI ( ) NO ( ) ¿Por cuánto tiempo las va a usar? \_\_\_\_\_

¿Cómo son sus movimientos en general? \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas? \_\_\_\_\_

¿A qué edad aprendió a andar en triciclo? \_\_\_\_\_

¿A qué edad aprendió a andar en bicicleta? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su coordinación fina actualmente para iluminar, recortar, escribir, etc? \_\_\_\_\_

¿Qué mano utiliza para realizar estas actividades? Derecha ( ) Izquierda ( )

### VIII. DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Qué edad tenía el (la) niño (a) cuando empezó a balbucear? \_\_\_\_\_

¿Dejó de balbucear sin motivo aparente? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo sus primeras frases? \_\_\_\_\_

En la actualidad habla correctamente? SI ( ) No ( )

Si tiene dificultad, ¿qué letras o sonidos se le dificultan? \_\_\_\_\_

Cuando no habla bien, ¿Cómo lo corrigen? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona el (la) niño (a) cuando no puede hablar bien? \_\_\_\_\_

¿Considera el lenguaje de su hijo adecuado a su edad? SI ( ) No ( )

¿Qué considera que necesita para que sea adecuado a su edad? \_\_\_\_\_

¿En qué idioma le hablan? \_\_\_\_\_

En caso de hablarle en dos idioma o más, ¿Qué idioma se le facilita más hablarlo? \_\_\_\_\_

¿Parece que escucha normalmente? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido infecciones de oído o alguna alteración del mismo? \_\_\_\_\_

¿Tartamudea cuando habla? \_\_\_\_\_ ¿Qué hace ud. Para corregirlo? \_\_\_\_\_

### IX. SUEÑO

En la actualidad, ¿cuál es su horario habitual de sueño? \_\_\_\_\_

¿Con quién duerme el (la) niño (a)? \_\_\_\_\_

¿Con quién le gusta dormir? \_\_\_\_\_

¿En dónde duerme el (la) niño (a)? \_\_\_\_\_

¿Le gusta dormir con la puerta abierta o cerrada? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dejó de dormir con sus padres? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó ante el cambio? \_\_\_\_\_

¿Sigue durmiendo con los padre? SI ( ) NO ( ) ¿cuál es la reacción de los padres? \_\_\_\_\_

Si actualmente lo hace ¿qué acción utiliza para detenerlo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo duerme parece tranquilo (a) o intranquilo (a)? \_\_\_\_\_

¿Padece de insomnio? SI ( ) No ( ) ¿Cada cuando? \_\_\_\_\_

¿Tiene pesadillas? SI ( ) No ( ) ¿Cada cuando? \_\_\_\_\_

¿Tiene terrores nocturnos? SI ( ) No ( ) ¿Cada cuando? \_\_\_\_\_

En caso de que se hayan presentado el insomnio, las pesadillas y los terrores nocturnos, explique qué ha hecho para detenerlos \_\_\_\_\_

¿A qué le teme el niño por las noches? \_\_\_\_\_

¿Habla por las noches? SI ( ) No ( ) ¿Cada cuando? \_\_\_\_\_ ¿Qué dice? \_\_\_\_\_

¿Sonambulea por las noches? SI ( ) No ( ) ¿Cada cuando? \_\_\_\_\_

¿Se para solo (a) en las noches para ir al baño? \_\_\_\_\_

¿Necesita de algún objeto en especial para dormirse? SI ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### X. DESARROLLO SEXUAL

¿A qué edad se dio cuenta de la diferencia entre niños y niñas? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo lo expresó? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo y cómo mostró curiosidad por el origen y nacimiento de los niños? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo respondieron los padres a esa curiosidad? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad notaron que el menor tuviera tendencia a tocarse los genitales? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo manejaron los padres esa tendencia? \_\_\_\_\_  
 ¿Con cuál miembro de la familia se notó que el menor tendía a copiar la manera de ser? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué preparación se le ha dado al menor acerca de lo sexual? \_\_\_\_\_

**XI. ENFERMEDADES**

A continuación cite las enfermedades que ha tenido el (la ) niño (a) y a qué edad:

ENFERMEDAD	EDAD

¿El niño (a) ha padecido convulsiones? Si ( ) No ( ) ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál (es) fue (ron) la (s) causa(s)? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamento le dieron? \_\_\_\_\_  
 ¿En la actualidad continúa tomando el medicamento? Si ( ) NO ( ) ¿por cuánto tiempo más lo va a tomar? \_\_\_\_\_  
 ¿Tuvo algún golpe en la cabeza? Si ( ) No ( ) ¿A qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha perdido alguna vez el conocimiento? Si ( ) No ( ) ¿A qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Cuál (es) fue (ron) la (s) causa (s)? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún tratamiento prolongado? \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
 ¿Es alérgico (a)? Si ( ) No ( ) ¿A qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Toma algún medicamento actualmente? Si ( ) No ( )  
 ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son los efectos secundarios que se pueden presentar? \_\_\_\_\_  
 ¿Su conducta ha cambiado desde que toma el medicamento?  
 ¿Cómo? \_\_\_\_\_

Alguna vez le han practicado: Electroencefalograma ( ) Tomografía ( ) Resonancia Magnética ( )  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Recibe o ha recibido algún tipo de terapia? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 Presenta alguna dificultad visual? EXPLIQUE CUAL \_\_\_\_\_  
 ¿Lleva algún tipo de terapia para ayudarle en su visión? Cuál y con quién SEÑALE \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza lentes actualmente? Si ( ) No ( ) EXPLIQUE PORQUE \_\_\_\_\_  
 ¿Ha observado alguna dificultad para ver de lejos? Si ( ) No ( ) ¿Qué hace para ayudarle? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha observado alguna dificultad para ver de cerca? Si ( ) No ( ) ¿Qué hace para ayudarle? \_\_\_\_\_

**XII. HISTORIA ESCOLAR**

¿A qué edad fue por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo reaccionó? \_\_\_\_\_  
 Escolaridad actual \_\_\_\_\_  
 Nombre del Colegio actual \_\_\_\_\_  
 Señale cuántos cambios de colegio ha vivido el niñ@ \_\_\_\_\_  
 Explique los motivos \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo ha reaccionado a estos cambios? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo tarda el niñ@ para adaptarse a los cambios? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tiempo le ha tomado adaptarse al nuevo colegio? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo ha sido su aprovechamiento en los diferentes años escolares? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se relaciona con sus compañeros? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona frente a los retos el niñ@?

¿Cómo se apoya en casa su independencia?

¿Cómo se relaciona con sus maestras?

¿Cómo se han sentido los padres hacia los éxitos o fracasos que el menor ha tenido en la escuela?

Señale la situación por la que sale de la escuela anterior

¿Podríamos solicitar cartas de conducta y aprovechamiento académico?

Señale qué tipo de valoración psicológica se le ha realizado en la escuela anterior:

Lenguaje ( ) Emocional ( ) Atención ( )

Psicomotricidad ( ) Conducta ( ) Otro

Explique el motivo:

Señale el diagnóstico obtenido de la valoración psicológica

¿Está ud. de acuerdo con ese

diagnóstico? ¿porqué?

¿Se le ha dado seguimiento? SI ( ) NO ( ) Señale cómo

¿Se le ha diagnosticado con el TDA-H (Trastorno por déficit de atención)? ¿porqué?

¿Qué se ha hecho al respecto?

Señale ¿qué es lo que le motiva a inscribir a su hijo dentro de un sistema como el del Colegio?

Explique la forma en que ud. apoyaría al niño para que se adapte rápidamente a este sistema

### XIII. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

¿Le gustaba al niñ@ abrazar a su madre en los primeros meses? Si ( ) No ( ) ¿A otras personas? Si ( ) No ( )

¿Respondía con gusto cuando sus padres se acercaban o lo abrazaban?

Si ( ) No ( ) ¿Cuando otras personas se acercaban? Si ( ) No ( )

¿A qué edad sonrió por primera vez?

¿A qué edad notó que la sonrisa hacia la madre era más intensa y diferente?

¿A qué edad mostró miedo frente a los extraños?

¿Qué tan intensamente expresaba sus sentimientos cuando era pequeño? ¿En la actualidad?

¿Qué tan frecuentemente presentaba berrinches?

¿En la actualidad presenta berrinches? Si ( ) No ( )

¿Se golpeaba la cabeza contra la pared o el piso? Si ( ) No ( )

¿En la actualidad lo hace? Si ( ) No ( )

¿Qué hacen los padres ante un berrinche del niño (a)?

Explique la forma en que el niño (a) resuelve problemas

Enuncie qué actividades de higiene, aseo personal y vestimenta realiza por si mismo (a):

**Cómo describe el carácter del men@r en la actualidad:**

Tranquilo	( )	Berrinchudo	( )	Llorón	( )
Serio	( )	Sonriente	( )	Inquieto	( )
Sociable	( )	Retraído	( )	Pasivo	( )
Nervioso	( )	Angustiado	( )		

**XIV. HÁBITOS**

niñ@ :	Se muerde las uñas	( )
	Se muerde los labios	( )
	Se jala los cabellos	( )
	Se priva cuando se enoja	( )
	Le gusta jugar con sus genitales	( )
	Le gusta jugar con fuego	( )
	Le gusta decir mentiras	( )
	Hace gestos involuntarios	( )
	Tiene tics nerviosos	( )

**XV. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**

¿Cómo reaccionó el niñ@ ante el nacimiento de sus herman@s?

¿Hubo algún cambio en su conducta cuando nació el nuev@ hermanit@?

¿Quién se relaciona con el niñ@ de manera más cercana? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus padres? \_\_\_\_\_

¿Con sus abuelos? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido nana? \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con ella? \_\_\_\_\_

¿Tiene amigos? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con ellos? \_\_\_\_\_

¿Tiene un mejor amigo? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades escolares participa? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades sociales participa? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades religiosas participa? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas diarias convive con su padre? \_\_\_\_\_

¿Qué hacen padre e hijo cuando están juntos?

¿Cuánto tiempo pasan juntos el fin de semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas diarias convive con su madre? \_\_\_\_\_

¿Qué hacen madre e hijo cuando están juntos?

¿Cuánto tiempo pasan juntos el fin de semana? \_\_\_\_\_

¿Cómo se lleva el (la) niño (a) con sus hermanos? \_\_\_\_\_

¿Se pelea constantemente con ellos? Si ( ) No ( )

¿Con quién se lleva mejor? \_\_\_\_\_

¿Describe cómo pasan el tiempo libre toda la familia? \_\_\_\_\_

**XVI. JUEGO**

¿A qué juega el niñ@ en casa? \_\_\_\_\_

¿Con quién le gusta jugar? \_\_\_\_\_

¿Qué juguetes prefiere? \_\_\_\_\_

¿Le gusta jugar solo o acompañado? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún amigo imaginario? Si ( ) No ( )

¿Le gusta cuidar sus juguetes o los destruye? \_\_\_\_\_

¿Tiene muchos o pocos juguetes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su juguete preferido? \_\_\_\_\_

¿Le gustan los animales? Si ( ) No ( )

¿Cuáles son sus animales preferidos? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comporta con los animales? \_\_\_\_\_

## XVII. DISCIPLINA

En las diferentes edades, ¿Quién ha sido responsable de la conducta del men@r? \_\_\_\_\_  
¿Quién ha impuesto las órdenes? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se hacen los padres obedecer? \_\_\_\_\_  
¿Utilizan castigos? Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reacciona el (la) niño (a) cuando se le castiga? \_\_\_\_\_

## XVIII. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor? \_\_\_\_\_  
Ha habido separaciones del niñ@ con alguno de sus padres por:  
Viaje ( ) Enfermedad ( ) Separación ( ) Divorcio ( )  
¿A qué edades? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionó ante dichas separaciones?  
\_\_\_\_\_  
¿Qué se le dijo al niñ@ al respecto? \_\_\_\_\_  
¿Ha habido defunciones importantes en la familia? Si ( ) No ( )  
¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionó el niñ@? \_\_\_\_\_

## XIX. DATOS DEL SISTEMA ACADÉMICO

¿Qué conoce sobre nuestro sistema académico? \_\_\_\_\_  
¿Qué espera de nuestro sistema académico? \_\_\_\_\_  
¿Estaría dispuesto a asistir a nuestras actividades extra-académicas para involucrarse con el sistema del colegio? SI ( ) NO ( ) por  
qué \_\_\_\_\_  
Fecha y nombre de la persona que llenó este cuestionario y parentesco con el (la) niño (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aviso de Privacidad** Instituto Highlands Pedregal en adelante "El Colegio", con domicilio en Farallón 125 Jardines del pedregal 01900 CDMX y con Registro federal de Contribuyentes es responsable de las bases de datos generadas con los datos de carácter personal suministrados voluntariamente por los destinatarios del presente, tales como son nombre, domicilio, nacionalidad, teléfono, correo electrónico, Número de identificación Oficial, Registro Federal de Contribuyente y no. de CLABE interbancaria. La utilización de los mismos será con fines informativos, estadísticos, así como para generar el usuario y contraseña que dará acceso al usuario a la plataforma de base de datos de la escuela. El receptor del presente, acepta que sus datos pueden ser cedidos a terceros, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, respetando en todo caso lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento, en adelante la ley. De conformidad con el art. 22 de la ley, el titular de los datos personales, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita al siguiente correo electrónico (INCLUIR E-MAIL de contacto para ejercer los derechos ARCO.) Para ello deberá señalar el nombre del titular y medio para comunicarle la respuesta a su solicitud; presentar la documentación que acredite su identidad o en su caso la representación legal del titular, así como la descripción clara y precisa de los datos respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados. El Colegio, podrá realizar sin previo aviso, modificaciones, supresiones o cancelaciones en el presente Aviso de Privacidad. Dichas modificaciones se encontrarán en el aviso contenido en la página web [www.highlands.edu.mx](http://www.highlands.edu.mx), debiendo el usuario consultar la página respectiva para mayor información sobre los cambios realizados al mismo.

**AVISO DE PRIVACIDAD** Ciudad de México, 15 de agosto 2018

Recibí de Instituto Highlands Pedregal, el aviso de privacidad emitido el día 13 de marzo de 2017, de conformidad con el art. 15 y demás disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. Después de conocer el contenido y alcances del Aviso de Privacidad de referencia, a continuación manifiesto expresamente que:

### RECEPCIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD

- Autorizo a la Institución a utilizar mis datos.  
 No autorizo a la Institución a utilizar mis datos.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre

Fecha \_\_\_\_\_

