

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES / ACUDIENTES**

**PADRE:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**MADRE:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**ACUDIENTE:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL DEL ASPIRANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CELULAR DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ E- MAIL \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ASPIRANTE**

**NACIMIENTO**

EMBARAZO: NORMAL \_\_\_ RIESGO \_\_\_ PARTO: NORMAL \_\_\_ CESÁREA \_\_\_ SEMANAS DE GESTACIÓN \_\_\_

DIFICULTAD AL NACER: \_\_\_\_\_ PESÓ: \_\_\_ TALLÓ: \_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

**ETAPAS DEL DESARROLLO: (Escribir en meses)**

GATEO: \_\_\_\_\_ MARCHA: \_\_\_\_\_ LENGUAJE: \_\_\_\_\_

CONTROL DE ESFÍNTERES: \_\_\_\_\_ LACTANCIA MATERNA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ HASTA QUE EDAD: \_\_\_\_\_

VACUNAS ACORDES A LA EDAD: SI \_\_\_ NO \_\_\_ VACUNA COVID: SI \_\_\_ NO \_\_\_ DOSIS : \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN MEDICAMENTO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

Ha presentado convulsiones: si \_\_\_ no \_\_\_ frecuencia: \_\_\_\_\_

Dificultad auditiva: si \_\_\_ no \_\_\_ Dificultad visual: si \_\_\_ no \_\_\_ Dificultad motora: si \_\_\_ no \_\_\_

Dificultad de lenguaje: si \_\_\_ no \_\_\_ Enfermedades cardiovasculares: \_\_\_\_\_

Enfermedades respiratorias: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Accidentes: \_\_\_\_\_ Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO FÍSICO**

1. ¿Cómo describe la salud física de su hijo/hija?

\_\_\_\_\_

2. ¿Participa su hijo/hija en alguna actividad recreativa, deportiva o cultural regularmente?

\_\_\_\_\_

3. ¿Hay alguna condición médica o necesidad especial que debamos conocer?

---

### DESARROLLO COGNITIVO Y ACADÉMICO

1. ¿Cómo describen las habilidades académicas de su hijo/hija?

---

---

2. ¿Qué materias o actividades le interesan más a su hijo/hija?

---

---

3. ¿En qué áreas cree que su hijo/hija necesita más apoyo o estímulo?

---

---

4. ¿Ha tenido alguna experiencia significativa en su educación previa que considere relevante compartir?

---

---

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

Violencia Intrafamiliar: \_\_\_\_ Acoso Escolar: \_\_\_\_ Trastorno Emocional: \_\_\_\_\_

Alteración De Sueño: \_\_\_\_ Ansiedad: \_\_\_\_ Depresión: \_\_\_\_ Duelo: \_\_\_\_ Separación De Padres: \_\_\_\_

Alimentación: \_\_\_\_ Dificultades Sociales: \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO: SI \_ NO\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

ACOMPANIAMIENTO PSIQUIÁTRICO: SI \_ NO\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

¿UTILIZA DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS?: SI \_ NO\_¿TIEMPO DIARIO QUE INVIERTE?: \_\_\_\_\_

COLABORA EN ACTIVIDADES DOMÉSTICAS: ¿SI \_ NO\_ CUÁLES?:  
\_\_\_\_\_

¿EN HORARIO DE DESCANSO DONDE QUEDA EL DISPOSITIVO?: \_\_\_\_\_

¿DUERME SOLO?: SI \_ NO\_ HORARIO DE DESCANSO: \_\_\_\_\_

### **DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL**

1. ¿Cómo describe la interacción de su hijo/hija con otros niños y adultos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cómo maneja su hijo/hija las emociones, especialmente en situaciones nuevas o desafiantes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Hay alguna situación social o emocional que le preocupe particularmente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué actividades o juegos disfruta más su hijo/hija en su tiempo libre?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **IMPORTANTE**

**DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES DATOS DURANTE LA MATRÍCULA EN EL CEDHU**

**PÁGINAS 5-6 - 7**

**APOYO FAMILIAR Y AMBIENTE EN EL HOGAR**

1. ¿Cómo es el apoyo académico en casa?

---

2. ¿Existen rutinas diarias que ayudan al desarrollo de su hijo/hija?

---

3. ¿Cómo es la dinámica familiar en términos de participación en actividades educativas y recreativas?

---

4. ¿Qué expectativas tienen ustedes del colegio en cuanto al desarrollo integral de su hijo/hija?

---

**EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS DE DESARROLLO**

1. ¿Qué objetivos tienen para el desarrollo integral de su hijo/hija?

---

---

2. ¿Qué valores consideran más importantes para inculcar en su hijo/hija?

---

---

3. ¿Cómo creen que podemos trabajar juntos para apoyar el desarrollo cognitivo, emocional, social y físico de su hijo/hija?

---

---

**FILOSOFÍA Y VALORES CEDHUISTAS**

1. Conocimiento de la Misión y Visión del Cedhu.

---

---

2. Conocimiento y aceptación de las Normas y valores fundamentales del Cedhu.

---

---

3. Concepto sobre Horarios- Puntualidad, Uniforme – Porte adecuado y presentación personal.

---

---

4. Compromiso asumido con la premisa “EN EL CEDHU NO SE NECESITAN LOS CELULARES”.

---

---

Declaramos que la información proporcionada en este documento es verídica, correcta y está actualizada. Somos conscientes de las consecuencias legales que podría acarrear el proporcionar información falsa o incorrecta y asumimos plena responsabilidad por los datos contenidos en esta declaración.

Para constancia de previa lectura, firmamos:

\_\_\_\_\_

PADRE

\_\_\_\_\_

MADRE

\_\_\_\_\_

ACUDIENTE

VERIFICACIÓN DE DATOS- OBSERVACIONES Y COMPROMISOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
V.B. RECTORÍA

\_\_\_\_\_  
V.B. ORIENTACIÓN ESCOLAR

\_\_\_\_\_  
PADRE

\_\_\_\_\_  
MADRE

\_\_\_\_\_  
ACUDIENTE