

Semestre: FEBRERO-JULIO 2019

Ficha Médica

Nombre: _____ Grupo: _____ Semestre: _____

Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____

Tipo de sangre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Nombre de los padres o tutores: _____

¿Padeces alguna enfermedad? Sí No ¿Cuál? _____

¿Tienes antecedentes de padecimientos de algún familiar? Sí No

¿Cuál? _____

¿Estás bajo tratamiento? Sí No ¿Cuál? _____

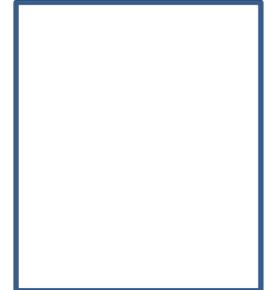
En caso de emergencia llamar al teléfono (s):

Padres: _____

Celular: _____

Algún otro familiar: _____

FICHA DE REGISTRO DEL ALUMNO



FECHA: _____
GRUPO: _____ TURNO: _____
SEMESTRE: _____ ESPECIALIDAD: _____

DATOS GENERALES DEL ALUMNO:

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()
DIRECCIÓN: _____ COLONIA: _____
MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: _____ Email (correo electrónico): _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () OTRO: () _____

ANTECEDENTES:

LA PRIMARIA LA CURSASTE EN ESCUELA: PUBLICA () PARTICULAR ()

PROMEDIO: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

LA SECUNDARIA LA CURSASTE EN ESCUELA: PUBLICA () PARTICULAR ()

PROMEDIO: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

AÑO DE TERMINO: _____

PARA INGRESAR AL NIVEL BACHILLERATO, TU PRIMERA OPCIÓN FUE:

() COBACH () PREPAS () CBTIS O CETIS () OTROS

¿POR QUÉ ELEGISTE INGRESAR A NUESTRO PLANTEL? _____

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD? SI () NO ()

¿CUÁL?: _____

¿QUÉ MEDICAMENTO TOMAS? _____ ¿CON QUÉ FRECUENCIA? _____

¿CUÁNTO TIEMPO EMPLEAS PARA TRASLADARTE DE TU DOMICILIO AL PLANTEL?

DATOS GENERALES DE LOS PADRES:

NOMBRE DEL PADRE: _____ VIVE: _____
TELEFONO DOMICILIAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____
EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____
HORARIO LABORAL: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ VIVE: _____
TELEFONO DOMICILIAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____
EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____
HORARIO LABORAL: _____

¿VIVES CON TUS PAPAS? SI () NO ()
SI TU RESPUESTA ES NO ¿CON QUIÉN VIVES? _____
NÚMERO DE HERMANOS: _____ ¿QUÉ LUGAR OCUPAS EN LA FAMILIA? _____

DATOS SOCIOECONÓMICOS:

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CONTIGO: _____

PARENTESCO	EDAD	GRADO ESCOLAR	OCUPACIÓN	LUGAR DE ESTUDIO O TRABAJO	INGRESO MENSUAL

TU PRINCIPAL SOSTEN ECONÓMICO ES:

() PADRE () MADRE () AMBOS () FAMILIAR () EL MISMO ALUMNO
TIPO DE VIVIENDA: CASA () APARTAMENTO () VIVIENDA RURAL ()

ASPECTO ALIMENTICIO:

CUANDO LLEGAS A LA ESCUELA ¿YA CONSUMISTE ALIMENTO?

SIEMPRE () CASI SIEMPRE () NUNCA ()

¿CUÁNTAS VECES CONSUMES A LA SEMANA LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

CARNE _____ POLLO _____ HUEVO _____ LECHE _____

VERDURAS _____ TORTILLAS _____ PAN _____ REFRESCO _____

ASPECTOS FAMILIARES:

¿EN QUÉ MOMENTO CONVIVEN TODA LA FAMILIA?

EN LA COMIDA () EN LA CENA () VIENDO T.V. () OTROS ()

¿A QUÉ LUGARES ACUDES CON TU FAMILIA PARA EL ESPARCIMIENTO?

CINE () PARQUE () FAMILIARES () OTROS ()

¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN CON TU FAMILIA?

BUENA () REGULAR () MALA ()

¿CON QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA EXISTE MAYOR CONFIANZA?

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

OBSERVACIONES: _____

REGISTRO DE LA ENTREVISTA

Indicaciones: Estrictamente confidencial No. De Control: _____
 NOMBRE DEL ALUMNO: _____ FECHA: _____
 TURNO: _____ GRUPO: ____ SEMESTRE: _____ SEXO M () F ()

MOTIVO DE LA ENTREVISTA (MARCA CON UNA X)

INICIAL ()	HÁBITOS DE ESTUDIO ()
PROBLEMÁTICAS FUNCIONALES ()	TÉCNICAS DE ESTUDIO ()
PERSONALES Y/O FAMILIARES	
HABILIDADES VERBALES ()	PROBLEMAS DE SALUD ()
RAZONAMIENTO MATEMÁTICO ()	DISCAPACIDADES ()
O FORMAL	
EVALUACIÓN CONTINUA ()	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN ()
TAREAS, TRABAJOS ESCOLARES	MEDIO ESCOLAR
REPROBACIÓN ()	INASISTENCIA ()
OTRO: ()	_____

REALIDAD PERSONAL:

	SI	NO
1. ¿TE DAN GANAS DE VENIR A LA ESCUELA?	()	()
2. ¿TE GUSTA REALIZAR LAS TAREAS QUE TE ENCARGAN?	()	()
3. ¿TIENES ALGUNA FORMA PARA ESTUDIAR?	()	()
4. ¿TIENES ALGÚN LUGAR ESPECÍFICO PARA ESTUDIAR?	()	()
5. ¿TE ORGANIZAS PARA QUE TU TIEMPO TE ALCANCE PARA REALIZAR TODAS TUS TAREAS?	()	()
6. ¿TIENES DIFICULTAD PARA CONCENTRARTE Y RETENER INFORMACIÓN EN LAS CLASES O CUANDO ESTUDIAS?	()	()

7. ¿SE TE FACILITA ENCONTRAR INFORMACIÓN PARA ELABORAR TUS TRABAJOS? () ()
8. ¿TE PREPARAS ADECUADAMENTE PARA PRESENTAR TUS EXÁMENES? () ()
9. ¿TIENES PROBLEMAS PERSONALES QUE AFECTAN TU DESEMPEÑO ESCOLAR EN LA ESCUELA? () ()
10. ¿TE GUSTARÍA Y ESTARÍAS EN LA MEJOR DISPOSICIÓN PARA RECIBIR ALGÚN TIPO DE ASESORÍA PARA AYUDARTE EN TU DESEMPEÑO ESCOLAR Y/O HABLAR DE TUS PROBLEMAS? () ()

CONCLUSIÓN DE LA ENTREVISTA

1. ASPECTOS TRATADOS DURANTE LA ENTREVISTA _____
2. COMPROMISOS Y ACCIONES A REALIZAR: _____
3. CANALIZACIÓN A ASESORÍA NO () SI () QUÉ ASIGNATURA: _____

OBSERVACIONES: _____
