



# FICHA PSICOPEDAGÓGICA DEL ALUMNO

## 1. Datos del alumno:

Nombres y Apellidos	
Lugar y Fecha de Nacimiento	
Edad	
Número de hijos	
Lugar que ocupa entre ellos	
Grado al que postula	
Dirección	
Teléfono casa - celular	
Institución educativa de procedencia.	
Nombre de la persona que llena la ficha	

## 2. Datos de los Padres:

	MADRE	PADRE
Nombre y Apellidos		
Edad		
Estado Civil		
Grado de Instrucción		
Ocupación		
Dirección del centro de trabajo		
Religión		

a. ¿Cómo es la relación de Uds. actualmente?

---

---

---



b. ¿Durante su convivencia han pasado por alguna etapa de violencia familiar?

---

---

---

c. ¿Cuáles dirían que son los conflictos que se dan en la actualidad en su hogar?

---

---

### 3. Edad pre-natal y neonatal: (marque según su situación y detalle)

	SI	NO	Detalle...
1.- Embarazo deseado			
2.- Control médico durante la gestación			
3.- Problemas de Salud			
4.- Estado de ánimo de la mamá durante el embarazo			
5.- Parto normal			
6.- Cesárea			
7.- Lloro enseguida			
8.- Presentó alguna complicación durante el embarazo			
9.- Presentó algún problema congénito al nacer			
10.- Lactancia materna exclusiva 6 meses			
11.- Solo lactancia artificial			
12.- Usó biberón			
13.- Usó chupón			
14.- Dificultades para la ingesta de algún alimento			

### 4. Antecedentes de Salud (anote edad en meses y/o años)

Enfermedades:

---

Accidentes o caídas graves donde haya perdido el conocimiento:

---

Experiencias Traumáticas:

---

Temores Frecuentes:

---



Limitaciones físicas o sensoriales:

\_\_\_\_\_

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

Hospitalización (motivo):

\_\_\_\_\_

¿Ha sido evaluado por un Psicólogo, Neuró-pediatra u otra especialidad?, especifique.

\_\_\_\_\_

Se come las uñas: \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas: \_\_\_\_\_

Tiene miedo a la oscuridad: \_\_\_\_\_

### 5. Desarrollo Infantil: (anote edad en meses y/o años)

Levantó la cabeza: \_\_\_\_\_ Se sentó: \_\_\_\_\_ Caminó solo: \_\_\_\_\_

Edad que emitió sus primeras palabras: \_\_\_\_\_ Diestro, zurdo o ambidiestro? : \_\_\_\_\_

¿Se demoró en su desarrollo motor?	SI	NO	Comentarios
1.- Gateó			
2.- Se cae con frecuencia			
3.- Pie plano			
4.- Sabe nadar			
5.- Dificultades motoras			
6.- Coordinado			
7.- Hipertónico			
8.- Hipotónico			
9.- Movimientos lentos			
10.- Ágil			
11.- ¿A qué edad inició sus papillas?			
12.- ¿Come solo?			
13.- ¿Le dan de comer en la boca?			
14.- ¿Con quién come?			
15.- ¿Tiene buena alimentación?			
16.- ¿Controla esfínteres? (día y noche)			
17.- ¿Va al baño solo?			
18.- ¿Ha recibido terapia de lenguaje?			
19.- ¿Muestra dificultades en la comprensión de la palabra?			
20.- ¿Muestra dificultades en la articulación de la palabra?			



## 6. Hábitos actuales:

- a) ¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_
- b) ¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_
- c) ¿Cuál es su rutina para acostarse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) ¿Come solo? Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) ¿Problemas en la alimentación? \_\_\_\_\_
- f) ¿Qué hacen cuando no come? \_\_\_\_\_
- g) ¿Se viste solo? Especifique \_\_\_\_\_
- h) ¿Usa pañales? Especifique \_\_\_\_\_
- i) ¿Va al baño solo y sabe limpiarse? Especifique \_\_\_\_\_

## 7. Dinámica Familiar: del niño(a) con:

- a) ¿Cómo es la relación con el padre? Detalle  
\_\_\_\_\_
- b) ¿Cómo es la relación con la madre? Detalle  
\_\_\_\_\_
- c) ¿Cómo es la relación con los hermanos? Detalle  
\_\_\_\_\_
- d) ¿Qué actividades realiza con su menor hijo en su tiempo libre? Detalle  
\_\_\_\_\_
- e) ¿Tiene en casa algunas responsabilidades?, ¿Cuáles?  
\_\_\_\_\_
- f) ¿Qué habilidades reconoce que tiene su hijo(a)?  
\_\_\_\_\_
- g) ¿Cómo es su niño(a) a nivel emocional?:  
\_\_\_\_\_
- h) ¿Con que frecuencia elogian al niño?  
\_\_\_\_\_
- i) ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que utilizan? Especifique  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- j) Por lo general el castigo es dado por: \_\_\_\_\_



- k) Existe interferencia por parte de: \_\_\_\_\_
- l) ¿Con que frecuencia sancionan o premian? \_\_\_\_\_
- m) ¿Cómo premian? \_\_\_\_\_
- n) ¿Cómo sancionan? \_\_\_\_\_
- o) Hace Pataletas, rabieta?: **SI ( ) NO ( )**
- p) ¿Cómo reacciona el niño(a) ante la sanción?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- q) ¿Qué comportamientos le gustaría que mejora su niño(a)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Aspecto de Socialización y Afectivos

¿Hace amigos con facilidad? **SI ( ) No ( )**

El niño se muestra en grupo:

Como líder ( )      Como seguidor ( )      Como aislado ( )

En sus relaciones con los demás el niño(a):

Se aviene a las reglas del grupo ( )      Es molesto ( )      Es vergonzoso ( )

¿De qué edad son los niños con los que se relaciona? \_\_\_\_\_

¿Qué tipos de juegos realiza? \_\_\_\_\_

¿Qué hace cuando esta sólo(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas juega su niño diariamente? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas ve televisión? \_\_\_\_\_ ¿Qué programas ve? \_\_\_\_\_

### 9. Historia Escolar

¿Recibió estimulación temprana? **SI ( ) NO ( )**,      ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Cómo fue su adaptación en el nido/colegio? \_\_\_\_\_

¿Qué dice la profesora de la conducta de su niño del colegio del que procede?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué dice la profesora del rendimiento académico de su niño?  
\_\_\_\_\_



¿Presenta dificultades en su aprendizaje?

---

---

¿Quién se encarga de revisar y apoyar el desarrollo de las tareas en casa?

---

¿Cómo describiría la vida escolar de tu hijo(a)?

---

---

¿Qué motivó el cambio de colegio?

---

---

---

**FIRMA DEL PADRE**

DNI: \_\_\_\_\_

---

**FIRMA DE LA MADRE**

DNI: \_\_\_\_\_

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