



Kínder

¿Cómo llenar mi Solicitud de Admisión?

Importante, este formato lo deberás llenar desde tu computadora, no desde un celular.

- 1. Descarga y guarda el formato PDF.**
- 2. Rellena la información con altas y bajas.**
- 3. Revisa que todos los datos estén correctos, así como la ortografía, nombres y números de teléfono.**
- 4. Guarda el documento con el nombre completo del alumno.**
- 5. Envía tu Solicitud de Admisión al mail:
preescolar@isb.edu.mx**



Foto

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Datos alumno

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Fecha de nacimiento

Edad

Años

Meses

Sexo

Nacionalidad

Religión

Grado que cursa

Grado que cursará

Datos Escuela de procedencia

Nombre

Dirección

Tel.

Promedio del ciclo inmediato anterior

Promedio actual

Datos Familiares | MAMÁ | Nombre

Mail:

Edad

Domicilio

Tel

Último grado de estudios

Ocupación

Empresa donde trabaja

Tel. oficina

Ext.

Horario de trabajo

Cel.

Otro tel.

Datos Familiares | PAPÁ | Nombre

Mail:

Edad

Domicilio

Tel

Último grado de estudios

Ocupación

Empresa donde trabaja

Tel. oficina

Ext.

Horario de trabajo

Cel.

Otro tel.

¿Algún familiar estudia o labora en el Instituto? Especifique



2 HOJA DE DATOS MÉDICOS

Foto

Estimada Familia

La salud e integridad física de su hijo es primordial para nosotros. Es muy importante que cada niño tenga un seguimiento e historial con su médico, para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe al niño a la escuela si presenta fiebre, malestar estomacal o gripe. Por favor especifique los datos que se solicitan y mantenga actualizados los teléfonos de emergencia para dar una oportuna atención.

Gracias por su apoyo.

Dra. Ma. Del Pilar Zavala G.

Servicio Médico Escolar

I. DATOS GENERALES

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Fecha de nacimiento

Edad

Día

Mes

Año

Años

Meses

Sexo

Peso

Grupo Sanguíneo

Estatura

Grado

Grupo

Ciclo Escolar

Dirección

Datos Familiares | Nombre MAMÁ

Mail

Edad

Domicilio

Tel. casa

Tel. oficina

Ext.

Cel.

Otro tel.

Datos Familiares | Nombre PAPÁ

Mail

Edad

Domicilio

Tel casa

Tel. oficina

Ext.

Cel

Otro tel.

En caso de emergencia y no localizar a los padres avisar a

Nombre

Parentesco

Tel. casa

Tel. oficina

Ext.

Cel.

Otro tel.

Domicilio

3

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad (es) actual (es)

Tratamiento (s)

Alergias

Especifique cuál de las siguientes

Medicamentos

Alimentos

Otros

IV. ANTECEDENTES PERINATALES *Describe los siguientes datos*

Complicaciones en el embarazo y/o parto

Trastornos del lenguaje

¿Recibe tratamiento?

Restricciones para realizar alguna actividad

Alteraciones en la agudeza visual

Alteraciones en la agudeza auditiva

Problemas ortopédicos

Alteraciones en la postura

¿Utiliza algún tipo de prótesis?

V. ALTERACIONES ESPECÍFICAS

Especifique si el niño padece alteraciones en alguna de las siguientes áreas

- Neurología

- Dermatología

- Cardiovasculares

- Gastrointestinales

- Pulmonares

- Urológicas

Describe si el niño tiene los siguientes antecedentes

- Quirúrgicos

- Fractura

- Traumatismos

- Transfusiones

Padece infecciones frecuentes

Especifique cual de las siguientes

Oculares

Oídos

Vías respiratorias

Gastrointestinales

Genitourinarias

Micosis

Otras

4 VI. USO DE MEDICAMENTOS

¿Tiene su cuadro de vacunas completo?

Describa el nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente

Por enfermedad

Preventivos

Vitaminas

Otros

Especifique el nombre y dosis de los siguientes medicamentos autorizados por su médico

Medicamento de uso en caso de fiebre

Medicamento de uso en caso de dolor abdominal

Medicamento de uso continuo o diarios, diferentes a los anteriores

¿Se autoriza el uso de medicamentos básicos en la escuela?

Medicamentos básicos: Paracetamol, Ibuprofeno, Neomelubrina, Ketorolako, Benzocaína, Subsalicilato de bismuto, Magaldrato, Dimeticona, Hioscina, Pirilamina, Loratadina, Cloropiramina y Bencidamina.

VII. MÉDICO FAMILIAR

Nombre del médico del alumno

Teléfono del médico del alumno

Observaciones

Nota: El Instituto cuenta con seguro de accidentes escolares, pero es indispensable que el alumno se presente el mismo día del accidente para brindarle el servicio.

Hemos leído, llenado los datos de manera adecuada y estamos de acuerdo con la información presentada y proporcionada en la Hoja de Datos Médicos del Ciclo Escolar del Instituto Simón Bolívar.

Nombre de madre, padre o tutor

5 CUESTIONARIO DE DESARROLLO

Antecedentes escolares

El niño nunca ha asistido a la escuela

El niño anteriormente asistió a Guardería Otra escuela

Desde qué edad ¿En que horario?

Si no asiste a la escuela ¿quién se hace cargo del niño?

Características del embarazo

Normal Con problemas Especifique
Resultado de la evaluación APGAR Tipo de sangre RH

Lactancia

Pecho ¿Cuánto tiempo?
Biberón Desde la edad de Hasta la edad de

¿Presenta alguna enfermedad crónica?

Especifique
¿Desde qué edad? ¿Qué tratamiento tiene?

¿Presenta alguna discapacidad?

Especifique
¿Desde qué edad?
Usa prótesis auditiva Ortopédica Lentes Silla de ruedas

Describe si recibe algún tipo de terapia y desde qué edad

¿Tuvo algún accidente que requirió revisión médica y hospitalización?

Especifique
¿Desde qué edad?
En caso de hospitalización ¿Cuánto tiempo?

Enfermedades que ha padecido

Varicela Rubeola Escarlatina Hepatitis Tifoidea
Paperas Tos ferina Otras

Es alérgico a

Otros

Lenguaje

¿A qué edad dijo su primera palabra?
¿A que edad ya lograba expresar frases con sentido?
Tiende a utilizar lenguaje infantilizado (hablar como bebé)
Tiende a expresarse sólo con monosílabos
Logra expresar lo que desea utilizando el lenguaje hablado
Observaciones sobre el lenguaje

6 Especifique la edad en la que el niño

- Logró sostener su cabeza
- Gateó
- Caminó sin apoyo
- Controló esfínteres en el día
- Controló esfínteres en la noche
- Durmió solo
- Comió solo
- Se empezó a vestir solo
- Logró correr
- Subir escalera alternando los pies
- Brincar con ambos pies
- Brincar con un pie
- Logro pedalear el triciclo
- Colorear
- Recortar

¿Qué mano utiliza preferentemente el niño?

¿Qué pie utiliza para brincar “de cojito”?

Sueño

¿A qué edad el niño durmió la noche completa por primera vez?

¿Con quién duerme generalmente el niño?

Horas que duerme en promedio

Horario de sueño

Si regularmente toma siesta describa el horario

¿Habla dormido?

¿Moja la cama?

¿Rechina los dientes al dormir?

¿Se levanta de la cama dormido?

¿Tiene pesadillas frecuentes?

¿Requiere de algún objeto o manta para dormir?

Alimentación

¿Cuántas veces come al día?

¿A qué hora desayuna generalmente?

¿En qué consiste generalmente su desayuno?

¿Tiene alguna dificultad para comer? Especifique

Juego y socialización

¿Cuál es su juego favorito?

¿Cuál es su juguete favorito?

¿Con qué frecuencia convive con niños de su edad? ?

¿Cuántas horas al día pasa viendo algún programa de televisión?

7

¿Cuáles son sus programas favoritos?

¿Qué actividades realiza regularmente los fines de semana?

¿Cómo es la interacción del niño con otros pequeños de su edad?

Describe un día de actividad normal entre semana

Familia

Estado civil de los padres

¿Cuántos hermanos tiene?

Escriba el nombre de los hermanos y su edad

Describe con qué personas vive el niño

¿Qué tan frecuentemente hace berrinches?

¿Obedece y sigue indicaciones fácilmente?

¿Colabora con alguna tarea doméstica? ¿Cuál?

Describe el carácter de su hijo

Hemos leído, llenado los datos de manera adecuada y estamos de acuerdo con la información presentada y proporcionada en el cuestionario de desarrollo del Ciclo Escolar del Instituto Simón Bolívar.

Nombre de madre, padre o tutor

Entrevistó

Confirmamos que hemos leído y estamos de acuerdo con el

Confirmamos que hemos leído y estamos de acuerdo con el

La (El) que suscribe, en calidad de padre o tutor del (menor), estando en pleno goce y ejercicio de mis derechos civiles, autorizo al Instituto Simón Bolívar, la reproducción de imágenes y vídeos para los materiales educativos, de difusión en redes sociales y publicitarios a cargo del Instituto Simón Bolívar.