

Ficha de Antecedentes

Escuela Montessori de Valparaíso

Año

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO o NIÑA

Nombres:

Apellidos:

R.U.N:

Fecha de nacimiento: ^D ^M ^A

Dirección:

ANTECEDENTES ESCOLARES

Establecimiento de procedencia:

NIÑO/NIÑA

¿Con quién vive el niño o niña?:

Padre Madre Hermanos Abuela Abuelo

Otros:

En caso de no vivir con uno o ambos padres, ¿El niño o niña mantiene relación con sus padres?

Con el Padre Con la Madre Ambos

¿Tiene hermanos?

NO SI (Si responde sí) ¿Cuántos?

Las Edades de los hermanos o hermanas son:

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE

Nombre:

Ocupación:

Correo electrónico:

Teléfonos: Movil +56 9

Fijo +56

Dirección

MADRE

Nombre: Ocupación: Correo electrónico: Teléfonos: Movil Fijo Dirección:

APODERADO/APODERADA

Nombre: Parentesco: Correo electrónico Teléfonos: Movil Fijo Dirección:

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO O NIÑA

Presenta o ha presentado necesidades en la áreas de:

Aprendizaje Psicología Neurológica Otros Especificar:

¿Estuvo en tratamiento debido a estos problemas?

SI NO

¿Actualmente se encuentra en tratamiento?

SI NO Especificar:

¿Es alérgico a algún medicamento?

NO SI (Si responde si) ¿Cuál?

¿Es alérgico a algún alimento?

NO SI (Si responde sí) ¿Cuál?

¿Es alérgico a las picadas de insectos?

NO SI (Si responde sí) ¿Cuál?

¿Ha estado Hospitalizado?

NO SI (Si responde sí) ¿Cuándo y porqué?

¿Posee problemas visuales?

NO SI (Si responde sí) ¿De qué tipo?

¿Posee problemas auditivos?

NO SI (Si responde sí) ¿De qué tipo?

Posee problemas de arco plantal?

NO SI (Si responde sí) ¿De qué tipo?

Que antecedente le parece necesario informar:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Nombre

Parentesco

Teléfono

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="+56"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="+56"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="+56"/> |

EN CASO DE ACCIDENTE dirigirse al centro hospitalario:

Nombre:

Nota:

La información contenida en esta ficha es confidencial y de uso exclusivo de la Escuela Montessori de Valparaíso. Una vez completada la información de esta ficha enviarla en formato PDF con el siguiente nombre de archivo: Ficha_Nombre_Apellido.pdf a la siguiente dirección de correo electrónico: contacto@montessorivalparaiso.org