



Escuela: Localidad:

Docente:

Sección: Turno:

Fecha de la entrevista: / /

Informante (Apellido, nombre y parentesco):

DATOS DEL NIÑO / A

Apellido y Nombre (Completo):

Nombre por el cual se lo llama y/o apodo:

Fecha de Nacimiento: / / DNI N°:

Lugar de Nacimiento: Provincia: País:

Domicilio:

Teléfono particular:

Teléfono celular de dos referentes familiares:

.....

.....

Teléfonos a los cuales recurrir en caso de emergencias (consignar al menos dos):

.....

.....

.....

.....

Obra Social:

Centro Asistencial-Hospital al que concurre:

Médico Pediatra:

Grupo Sanguíneo:

¿Tiene experiencia de escolaridad previa? (Explícite en qué institución, si completó el ciclo, cómo transitó la misma)

.....

.....

.....

.....

.....



¿Quiénes son los responsables legales del niño/a? (Solo consignar los siguientes datos en caso de que sean personas diferentes a los adultos mencionados anteriormente).

Table with 6 columns: APELLIDO Y NOMBRE, DNI, EDAD, NACIONALIDAD, OCUPACIÓN, TELEFONO. It contains three empty rows for data entry.

¿Quiénes son los adultos autorizados a retirar al niño de la Institución?

Table with 5 columns: APELLIDO Y NOMBRE, DNI, EDAD, VÍNCULO CON EL NIÑO, TELEFONO. It contains three empty rows for data entry.

¿Perciben asignación universal por hijo? SI - NO

¿Percibe asignación familiar? SI - NO .Certificado de escolaridad para entregar en:

.....A nombre de:

NACIMIENTO

¿Cómo fueron el embarazo y el parto? (Si explicitan que hubo dificultades describir de qué tipo)

Four horizontal dotted lines for text entry.

SALUD

¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? (epilepsia, diabetes, celiaquía, asma, etc.). ¿Cuenta con diagnóstico médico?

¿Recibe tratamiento? ¿De qué tipo? Consignar nombre del profesional tratante.

Three horizontal dotted lines for text entry.

¿Toma alguna medicación habitualmente? ¿Cuál? ¿Requiere algún cuidado especial?

Two horizontal dotted lines for text entry.

¿Padece algún tipo de alergia? ¿A qué? ¿Cómo actuar en caso de crisis?

Two horizontal dotted lines for text entry.



¿Tuvo algún accidente que crea relevante mencionar? (Consignar secuelas o consideraciones a tener en cuenta a partir del mismo)

.....

DESARROLLO-ETAPA POSTERIOR AL NACIMIENTO

¿Presenta algún tipo alteración en el desarrollo? (lenguaje, motricidad, juego, control de esfínteres, alimentación). ¿Es atendido por algún profesional de la salud en relación a los aspectos antes mencionados? ¿Cuenta con algún diagnóstico? (Consignar datos de los profesionales tratantes)

.....

ACTIVIDADES COTIDIANAS

¿Cómo es el día del niño/a?

.....

¿Hay algún otro dato que considere significativo referir? (alimentación, sueño, control de esfínteres/higiene)

.....

ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO/A

Describe brevemente cómo es el niño/a (con quién se relaciona más, qué tipo de juegos y juguetes prefiere, qué otras actividades son de su agrado, cómo responde a los límites)

.....



AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN

A quien corresponda,
Por medio de la presente, quien suscribe (Nombres y Apellidos)

.....

Documento Tipo (DNI - LC - LE- Pasaporte)

.....

Número (marcar lo que corresponda)

SI NO AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE al Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, de el/la MENOR (Nombres y Apellidos)

.....

Documento Tipo..... Número

FIRMA

ACLARACIÓN

LUGAR FECHA