



FECHA: ____/____/____
HORA: _____

FICHA DE ENTREVISTA FAMILIAR - 2024

La veracidad de lo declarado en esta ficha; permitirá la actualización de datos del estudiante y de su entorno familiar.

I. DATOS GENERALES:

DEL ALUMNO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		EDAD
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRADO AL QUE POSTULA	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria
DOMICILIO DEL ALUMNO:			TELÉFONO FIJO:	

DEL PADRE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente	SITUACIÓN LABORAL	FONO DE TRABAJO	CELULAR PERSONAL
EMAIL:					
TIEMPO QUE PERMANECE EN EL HOGAR:		TIEMPO QUE LE DEDICA AL NIÑO/ADOLESCENTE:			

DE LA MADRE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente	SITUACIÓN LABORAL	FONO DE TRABAJO	CELULAR PERSONAL
EMAIL:					
TIEMPO QUE PERMANECE EN EL HOGAR:		TIEMPO QUE LE DEDICA AL NIÑO/ADOLESCENTE:			

DEL APODERADO(A): Llenar solo en caso de que el apoderado no sean los padres

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente	SITUACIÓN LABORAL	FONO DE TRABAJO	CELULAR PERSONAL
EMAIL:					
TIEMPO QUE PERMANECE EN EL HOGAR:		TIEMPO QUE LE DEDICA AL NIÑO/ADOLESCENTE:			

II. APECTO PSICOPEDAGÓGICO:

DATOS RELACIONADOS A SU ÁMBITO FAMILIAR:

- ¿Tomaron en cuenta la opinión de su hijo para el ingreso a nuestra Institución? Si () No ()
- Especificar el motivo por el cual eligieron nuestra Institución:

- **SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PADRES:** (Indicar el tiempo entre paréntesis)

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| a) Casados () | b) Separados () |
| c) Divorciados () | d) Convivientes () |
| e) Viudos () | f) Soltero () |
| g) Otro (especificar) _____ | |

- **PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:** (Registrar TODOS los integrantes de la familia e incluir si tuvieran hijos de otro compromiso)

Nombre y Apellidos	Edad	Tipo de relación	Ocupación	Colegio/Universidad

- ¿Cómo es la relación entre los Padres del alumno?

() Muy buena	() Buena	() Regular	() Mala	() Muy mala
---------------	-----------	-------------	----------	--------------
- ¿Cómo es la relación entre el Padre e hijo(a)?

() Muy buena	() Buena	() Regular	() Mala	() Muy mala
---------------	-----------	-------------	----------	--------------
- ¿Cómo es la relación entre la Madre e hijo(a)?

() Muy buena	() Buena	() Regular	() Mala	() Muy mala
---------------	-----------	-------------	----------	--------------
- ¿Quién es el tutor legal del menor?

() Padre	() Madre	() Ambos
() Otros: Especifique _____ ¿Por qué? _____		
- Persona que cuida al niño/adolescente al llegar a casa: _____
- ¿Qué personas apoyan al niño/adolescente en actividades relacionadas a tareas, exposiciones, trabajos, etc.?
 () Padre () Madre () Ambos () Abuelos. () Otros

- Su niño/adolescente ¿Tiene responsabilidades en casa? SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

- Padre: ¿Qué estrategias utiliza ante la conducta inadecuada en su niño/adolescente?

Resultados obtenidos:

- Madre: ¿Qué estrategias utiliza ante la conducta inadecuada en su niño/adolescente?

Resultados obtenidos:

- ¿Cómo es la relación del niño/adolescente con sus hermanos?

() Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala

- En breves palabras, describa a su niño/adolescente(conducta)

DATOS RELACIONADOS A SU DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL:

- A su niño/adolescente ¿Le gusta estar en compañía de otros niños/adolescentes? SI () NO ()

¿De qué forma se comporta con ellos? _____

- Su niño/adolescente ¿Cambia bruscamente de estado de ánimo? SI () NO ()

¿En qué situaciones? _____

- Su niño/adolescente ¿Asiste o asistió a alguna terapia relacionada a su estado socioemocional?

SI () NO ()

Indique el tipo de terapia que realiza o realizó _____

¿A qué centro asiste o asistió? _____

DATOS RELACIONADOS A SU DESARROLLO ESCOLAR:

- ¿Cómo cree que es el logro de aprendizajes de su niño/adolescente? Inicio()Proceso ()Logrado ()

destacado ()Explicar el por qué: _____

- ¿Cree usted que su niño/adolescente requiere ayuda académica? SI () NO ()

¿En qué cursos o áreas? _____

- ¿Con qué habilidades o destrezas cuenta su niño/adolescente? _____

- ¿Su niño/adolescente presenta o presentó alguna dificultad en el lenguaje, atención, aprendizaje, psicomotricidad, conducta, etc.? SI () NO ()
Especificar la dificultad: _____
¿A qué centro asiste o asistió? _____
¿A qué edad lo presentó? _____
- ¿Su niño/adolescente asiste a algún taller o actividad fuera del horario escolar? SI () NO ()
¿A Cuál? _____
¿Qué días? _____

DATOS RELACIONADOS A SU SALUD:

- ¿Su niño/adolescente, cuenta con algún seguro de salud SI () NO ()
¿Indique cual? _____
- ¿Su niño/adolescente, presenta algún diagnostico SI () NO ()
¿Indique cual y tratamiento que recibe? (**adjuntar informe**) _____

- ¿Su niño/adolescente, sufre de alguna enfermedad y/o alergia? SI () NO ()
¿Cuál es y qué tratamiento recibe? _____

- ¿Su niño/adolescente, presenta dificultades visuales o auditivos? (Usa lentes, baja audición, etc.)
SI () NO ()
¿Cuál? _____
- Su niño/adolescente se traslada a la IE. SOLO () MOVILIDAD ESCOLAR () CON UN FAMILIAR()
- Alguna observación o comentario adicional que crean importante señalar: SI () NO ()
Detallar: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL APODERADO: _____ FIRMA: _____

Declaro que toda información señalada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes, no faltando a la verdad en ningún punto, aceptando las sugerencias y/o disposiciones que el colegio estime conveniente en favor del estudiante.