



**IGLESIA EVANGÉLICA METODISTA DE PANAMÁ
INSTITUTO PANAMERICANO
GABINETE PSICOPEDAGÓGICO**



INICIAL Y PRIMARIA

Cuestionario psicológico para proceso de inscripción

Respetable Padre de Familia o Acudiente:

Le solicitamos llenar el formulario con letra legible y datos veraces, recordando que dicha información será evaluada para continuar el proceso de admisión de su acudido.

Primer nombre:	Segundo nombre:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:

I. DATOS DEL NACIMIENTO

1. ¿Presentó alguna dificultad durante el embarazo ?

Si su respuesta es SI explique:

2. ¿Su parto fue?

Si fue por cesárea
explique:

3. ¿Su parto fue completo(9 meses completos) o fue prematuro(menos de nueve meses)?

Si fue prematuro explique:

4. ¿Tuvo complicaciones antes, durante o después del parto?

Si contesta sí, explique:

II. DATOS DEL DESARROLLO EN SUS PRIMEROS AÑOS.

Esta II parte debe ser respondida solo para estudiantes aspirantes a ingresar a Pre-kínder, kínder, 1ro y 2do grado.

5. ¿Fue amamantado? ¿Por cuánto tiempo?(meses)

6. ¿Utilizó chupete (mamón)? ¿Por cuánto tiempo?(meses)

7. ¿Se ha chupado el dedo?

8. Describa cómo toma su leche o jugos

9. Gateó

10. ¿Recuerda a qué edad empezó a caminar?

11. ¿Recuerda a qué edad dijo su primera palabra?

12. ¿A qué edad inició el control de sus esfínteres (dejó de orinar la cama)?

13. Hace berrinches

En que momento lo hace

III. HÁBITOS Y CONDUCTA

14. Escoger la opción:

HÁBITOS	OPCIÓN	EXPLIQUE DE SER NECESARIO
---------	--------	---------------------------

Va al sanitario solo

Se limpia solo

Come solo

Se viste solo

Utiliza pañal desechable

Recoge sus juguetes

Duerme solo

Tiene Televisión en la habitación

Tiene computadora con Internet en la habitación

Tiene celular personal

Tiene algún objeto o juguete favorito que necesite para lograr dormir.

Muerde sus uñas

Dificultad para relacionarse con los niños de su edad

15.Describa cómo es su hijo afectiva y conductualmente :

16.Comente cómo se desenvuelve socialmente su hijo/a

17.Considera que su hijo/a es un estudiante:

18.Indique si ha repetido algún grado o año escolar?
De indicar que sí, explique.

19.Indique cómo su hijo/a se organiza para realizar sus asignaciones escolares.

20. Señale qué tipo de técnicas o método de estudio utiliza su hijo para su aprendizaje.

IV. DINÁMICA FAMILIAR

21. Responsabilidades que le son asignadas o realiza en casa

22. Conversa Usted con su hijo/a.

Si su respuesta es afirmativa indique en qué momento del día lo hace y de qué temas o situaciones comenta con su hijo/a

23. Actividades que realizan juntos como familia.

24. Conoce cuáles son los gustos o cosas que realiza su hijo/a en su tiempo libre.

25. Conoce a los amigos de su hijo/a

Si su respuesta es afirmativa indique qué tipo de actividades realiza con sus amigos.

26. Mencione quién recibe a su hijo/a en casa cuando llega del Colegio.

27. Quién indica las normas disciplinarias en casa:

28. Indique quién supervisa las labores diarias y académicas de su hijo/a en casa.

29. Explique cómo le supervisa el uso de la tecnología (redes sociales, videojuegos, televisión).

V. INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD MENTAL

30. ¿Presenta algún tipo de enfermedad congénita?

De presentar alguna indique:

31. ¿Con qué frecuencia se enferma?

32. De presentar alguna enfermedad médica familiar o hereditaria indique

33. Si ha presentado algunas de estas condiciones médicas, marque con un gancho

Problema de audición Problema de visión Asma Alergias

Resfriados Frecuentes Dificultad del habla Otra

De marcar con gancho alguna de las condiciones anteriores, indique y explique acerca de la misma:

34. Si su hijo padece de alguna enfermedad física. Indique cuál es y si toma medicamentos para ello (indique el nombre):

35. El menor ha sido atendido en algún momento o asiste actualmente con un profesional de la salud mental o áreas del desarrollo indique (Psicólogo, Paidopsiquiatra, Neuropsicólogo, Neurólogo, Estimulación Temprana, Fonoaudiología, Terapeuta de Lenguaje).

De contestar sí indique en el cuadro a continuación lo siguiente

Área del especialista

Motivo de atención

Edad en que inició su atención

En resumen explique cómo ha sido el seguimiento con el especialista.

Presenta algún diagnóstico o motivo de atención SI NO

Si su respuesta es afirmativa, indique el diagnóstico

Si ha sido o está medicado (indique el nombre del medicamento).

36. Motivo por el cual desea inscribir a su hijo/a en este Colegio.

Importante:

Al firmar este documento, certifico que la información suministrada es cierta y autorizo a la Dirección del Colegio a confirmar su veracidad. El Instituto Panamericano se reserva el derecho de admisión bajo los parámetros de las políticas del Colegio. Favor firmar tal como aparece en la cédula de identidad personal.

Muchas Gracias y que Dios le Bendiga.

Datos de quien llena este documento

Nombre Completo

Cédula

Firma

Fecha de Inscripción