



FICHA DE INGRESO JARDÍN INFANTIL
CUNCUNITAS DEL VALLE

Año que ingresó por primera vez a este Jardín Infantil _____

Fecha Actual: _____

NIVEL _____

1.- MIS DATOS PERSONALES

Nombre del niño (a).....

Fecha de Nacimiento

Rut

Edad

Nacionalidad

Horario de asistencia.....

HE ASISTIDO ALGUNA VEZ A:

Sala Cuna	SI	NO
Jardín Infantil	SI	NO

¿Dónde fui?

¿Por cuánto tiempo?

2.- LOS ANTECEDENTES DE MI FAMILIA

DATOS DE MI MAMÁ:

Datos personales:

Nombre:

Edad:

Rut:

Nacionalidad:

Dirección domicilio:

Fono domicilio:

Celular:

Actividad o Profesión:.....

Datos comerciales:

Lugar de trabajo:

Fono:

Dirección:

Hora entrada- salida:

e-mail:.....



DATOS DE MI PAPÁ

Datos personales:

Nombre:.....
 Edad:
 Rut:
 Nacionalidad:
 Dirección domicilio:.....
 Fono domicilio:.....
 Celular:

Datos comerciales:

Actividad o Profesión:
 Lugar de trabajo:.....
 Fono:
 Dirección:
 Hora entrada- salida:.....
 e-mail :.....

¿Cuál es el estado civil de mis papás?

Mis hermanos son:

Nombre	Edad	Actividad

¿Quién más forma parte de nuestra familia?

Nombre	Edad	Relación

3. MIS ANTECEDENTES PERSONALES

¿Cómo fue el embarazo de mi mamá?

.....



¿Cómo fue mi parto?

Normal.....
 Maniobras Instrumentales (Cesárea, otros).....
 Semanas de gestación al nacer.....
 Peso al nacer.....
 Talla al nacer.....
 Dificultades en el período de recién nacido

¿CÓMO ES MI SALUD?

¿Alguna vez he sufrido enfermedades, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, golpes o caídas?

.....

Cuáles son los Medicamentos que mi doctor prohibió:

.....

Tengo alguna alergia:

.....

SI ALGUNA VEZ TENGO TEMPERATURA... ¿QUÉ HACER?:

Suministrar algún medicamento o antipirético

Qué antipiréticos y en qué dosis (Mamá es importante que esto sea evaluado por mi pediatra)

.....

PAPÁS AQUÍ HAY ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE MI DESARROLLO INTEGRAL

Tengo Control de esfínter Si No

	DIURNO	NOCTURNO
Esfínter vesical		
Esfínter anal		

¿Qué edad tenía cuando se me controló?

Uso pañales en mi siesta SI NO
 Aviso cuando quiero ir al baño SI NO



**Con respecto a mis Hábitos diarios:
Mi Sueño es:**

	Tiempo	Observaciones (sueño liviano – duerme acompañado)
Día (Siesta)		
Noche		

MI ALIMENTACIÓN:

Tipo De leche:

En caso de ser en polvo: ¿Cómo me preparas mi leche?:

Tipo de Leche	
Cantidad de agua	
Cantidad Azúcar	
Cantidad Cereal	
Otros	

Qué Alimentos tengo prohibidos por prescripción médica:

.....
.....

Otras observaciones relacionadas con mi alimentación

.....
.....

¿Con qué adultos tengo mayor contacto durante el día?

.....
.....

*En caso de separación, viudez u otro de los padres:

¿Con quién vive el niño?

.....
.....

¿Con qué frecuencia ve al padre o a la madre?

.....
.....

Prohibición de visitas

.....



OTROS DATOS IMPORTANTES

Quiénes más están autorizados para retirarme del Jardín:

Nombre	Rut	Relación con el niño

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre	Teléfono	Relación con el niño

Seguros y/o preferencias de centro de salud:

Me autorizan para que sea trasladado a un centro de salud SI No

Centro al que debo ser trasladado de preferencia

.....
.....

Tengo seguro médico

SI No

¿Cuál?

.....
.....

Bienvenido
al Jardín Infantil
CUNCUNITA DEL VALLE