

Preescolar y Primaria mixtos

Curso Escolar 2024 -2025

El colegio Montejo es mixto en sus secciones Preescolar y Primaria. Se realizará la selección de alumnos de cada sección para el curso **2024-2025** a los niños y niñas que reúnan los siguientes requisitos:

Es indispensable contar con la edad dentro del rango establecido para cada grado. (Al 30 de septiembre próximo a ingresar)

1 Integrar el expediente completo del aspirante.

1. Solicitud de admisión debidamente llenada.
2. Cuestionario de datos personales del alumno, debidamente llenado. **(Punto 1 y 2 descargarlo en la página del colegio www.montejo.edu.mx)**
3. Acta de nacimiento original con 2 copias.
4. Dos copias del documento CURP. (Formato actualizado)
5. 3 fotos tamaño infantil a color. (Marcada con nombre y apellido)
6. Copia de la credencial de elector de ambos padres o tutores, en hojas separadas. Indispensable estar actualizada.
7. Reporte de observaciones de la escuela de procedencia **(aspirantes a preescolar y 1ro de primaria)**
8. Copia de todas las calificaciones del curso 2023-2024. (Solo aspirantes de **2do a 6to de Primaria**)
9. Carta de NO adeudo del colegio de procedencia con fecha de enero de 2024.
10. Carta de recomendación de una familia Marista, con nombre, firma y teléfono de la persona que recomienda. En caso de **no** contar con una referencia Marista, anexar una carta explicando porqué desea que su hijo (a) ingrese a la institución. (No aplica para aspirantes que sean hermanitos o exalumnos).
11. **De ser el PAPÁ o la MAMÁ exalumno o exalumna** marista presentar algún documento que lo acredite (fotocopia de certificado de la sección que cursó, boleta de calificaciones o anuario; frente y página del salón donde se encuentre).
12. El proceso de selección de aspirantes tendrá un costo de \$ 300.00, el cual deberá cubrirse al presentar la solicitud y los documentos completos.

2 Entrega de documentación

Del 10 al 19 de enero. Recepción de documentos, en un horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. Al

Preescolar

1ro: 3 años 5 meses a 4 años 4 meses.

2do: 4 años 5 meses a 5 años 4 meses.

3ro: 5 años 5 meses a 6 años 4 meses.

Primaria

1ro: 6 años 5 meses a 7 años 4 meses.

2do: 7 años 5 meses a 8 años 4 meses.

3ro: 8 años 5 meses a 9 años 4 meses.

4to: 9 años 5 meses a 10 años 4 meses.

5to: 10 años 5 meses a 11 años 4 meses.

6to: 11 años 5 meses a 12 años 4 meses.

momento de recepcionar los documentos se entregará la fecha para la entrevista con el departamento de psicopedagogía. Indispensable tener el expediente completo.

Nota: Si por alguna situación en particular no cuenta con algún documento arriba mencionados, favor de comunicarse al **9995534814** para exponer su situación.

Los documentos entregados son para el archivo del colegio y no podrán ser solicitados en calidad de préstamo por los padres o tutores del niño o niña.

3 Asiste a la entrevista

Del 22 de enero al 23 de febrero. Asiste a la entrevista, en la fecha y hora asignada al momento de la entrega de los requisitos en el paso 2.

4 Entrega de resultados

28 de febrero. Entrega de resultados de Preescolar y Primaria, en la sección correspondiente en un horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Los alumnos y alumnas que no resultaron admitidos, podrán pasar a control escolar de la sección primaria para recoger los documentos entregados. **(SOLO SE CONSERVARÁN DURANTE 15 DÍAS. POSTERIORMENTE SE DESECHAN)**

5 Pago de Preinscripción e Inscripción

Del 28 de febrero al 8 de marzo. Pago de la **Preinscripción** a través de la Banca electrónica SESWEB del Colegio. Se les proporcionará información detallada al momento de entregarle resultados. **(De no efectuar el pago de su preinscripción en estas fechas, cederá su lugar a otro niño o niña)** Los alumnos y alumnas a quienes se les confirme su admisión deberán efectuar el pago de la preinscripción con un anticipo de \$4,500.00.

***Descuento para el curso escolar 2024-2025:**

- Hermanitas de nuevo ingreso: 50% en inscripción y 25% en colegiaturas.
- Hijas de exalumnas o exalumnos: 25% en colegiaturas.

6 Entrega de información para el inicio del curso 2024-2025

24 de mayo. Presentarse al departamento de control escolar de cada sección con una carta de no adeudo con fecha de mayo del colegio de procedencia para la entrega de toda la información referente al curso escolar 2024 -2025.

14 de junio. Fecha límite para el pago del saldo de la Inscripción de los niños y niñas que hayan efectuado su preinscripción a través de la Banca electrónica SESWEB del colegio. Cualquier duda puede comunicarse al departamento de administración, con la Sra. Alma al 9995534812 en un horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

7 Devolución de Preinscripciones e inscripciones 2024-2025.

Devolución del 100% el avisar por escrito hasta el 14 de Junio de 2024.
A partir del 17 de Junio no hay devolución. Para solicitar su devolución deberá presentar su comprobante de pago adjunto a la carta solicitando su baja, a control escolar sección primaria.

Todo trámite o información es directamente en las oficinas del colegio.
NO HAY INTERMEDIARIOS FUERA DE ESTA INSTITUCIÓN.





GRADO QUE SOLICITA

Preescolar

1o. 2o. 3o.

Primaria

1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o.

DATOS DEL NIÑO(A)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Día

Mes

Año

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Años

Meses

Edad al 30 de Septiembre

Escuela de Procedencia

Ciudad de Procedencia

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Padre o Tutor

Día

Mes

Año

Fecha de Nacimiento

Edad

Celular

Nivel de estudios

Empresa en que labora

Puesto que desempeña

Teléfono oficina

E-mail Papá

Religión que profesa

Nombre de la Madre o Tutora

Día

Mes

Año

Fecha de Nacimiento

Edad

Celular

Nivel de estudios

Empresa en que labora

Puesto que desempeña

Teléfono oficina

E-mail Mamá

Religión que profesa

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

Duración _____ Años _____ Casados _____ Separados _____ Divorciados Otro: _____



En caso de que los padres se encuentren **separados**, favor de indicar bajo el cuidado de quien se encuentran los hijos: _____

En caso de que se encuentren **divorciados**, favor de especificar quien tiene la custodia (padre/madre) y el tipo de custodia que se tiene (temporal/definitiva): _____

DOMICILIO DE CASA

_____	_____	_____	_____
Dirección	Colonia	C.P.	Número Telefónico

Número de hijos (incluyendo al solicitante):

Hermanos (No relacionar al solicitante)	Edad	Escolaridad	Escuela u Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En caso de que el Papá o la Mamá sean **Exalumnos Maristas**, complete los siguientes datos:

Papá	_____	_____	_____
	Colegio en el que estudió	Ciudad	Grados que cursó en ese Colegio
Mamá	_____	_____	_____
	Colegio en el que estudió	Ciudad	Grados que cursó en ese Colegio

De no ser Exalumno relacionar **2 referencias de familias Maristas**:

_____	_____	_____	_____
Nombre	Teléfono	Institución de referencia	Parentesco u otro
_____	_____	_____	_____
Nombre	Teléfono	Institución de referencia	Parentesco u otro

¿Por qué razón desean que su hijo(a) estudie en el Colegio Montejo?

Al firmar la presente solicitud, manifiesto haber leído el tríptico con toda la información del Proceso de Inscripción al Colegio Montejo y aceptamos lo que en él se establece. En caso de no cumplir con algunos de los requisitos o lineamientos de este proceso, aceptamos la resolución que el Colegio disponga. El Colegio Montejo se reserva el derecho de admisión y los documentos adjutos a ésta son para uso exclusivo y permanente de la institución.

Mérida, Yuc., A _____ de _____ de 20 _____

Firma de Papá

Firma de Mamá



CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Esta información será para conocer a su hijo(a) y así poder brindarle una mejor atención, por lo que le agradeceremos sea lo más descriptivo posible. Le pedimos observar con atención ya que algunos apartados son exclusivos para algunos grados. Los datos aquí proporcionados serán absolutamente confidenciales. Es indispensable incluir este material, debidamente llenado, a Control Escolar al momento de entregar la documentación. Agradecemos de antemano su apoyo y colaboración. Gracias.

I. DATOS GENERALES

Grado

Ficha No.

Nombre del niño(a)

Foto

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Escuela de procedencia

Grado que cursa actualmente

Escolaridad: ¿Ha repetido algún año? Sí () No ()

De ser así, especificar ¿cuál y por qué motivo?

¿Tiene el niño (a) algún primo algún primo y/o hermano en esta institución que vaya a cursar en su misma generación o que desee ingresar al mismo grado y esté tramitando su solicitud para el curso escolar 2024-2025? De ser así escriba el nombre completo del niño y parentesco.

II. DATOS FAMILIARES

Nombre del padre

Edad

Escolaridad

Ocupación

Lugar de trabajo

Horario laboral

Nombre de la madre

Edad

Escolaridad

Ocupación

Lugar de trabajo

Horario laboral

Estado civil de los padres (especificar duración)

[Barra de texto para especificar la duración del estado civil]

Casados () Separados () Divorciados () Viudo () Unión libre ()

De la madre: Primeras nupcias () Segundas nupcias ()

Del padre: Primeras nupcias () Segundas nupcias ()

En caso de que los padres se encuentren separados, favor de indicar bajo el cuidado de quién se encuentran los hijos.

[Barra de texto para indicar el cuidado de los hijos]

En caso de que los padres se encuentren divorciados, favor de especificar quién tiene la custodia (padre/madre) y el tipo de custodia que tiene (temporal/definitiva).

[Barra de texto para especificar custodia y tipo]

Hermanos	Edad	Escolaridad	Escuela u ocupación
[Barra]	[Barra]	[Barra]	[Barra]
[Barra]	[Barra]	[Barra]	[Barra]
[Barra]	[Barra]	[Barra]	[Barra]
[Barra]	[Barra]	[Barra]	[Barra]

Personas que viven actualmente en el hogar (especificar el nombre, edad y parentesco o relación)

[Barra de texto para nombre, edad y parentesco]

[Barra de texto para nombre, edad y parentesco]

¿Existe otra persona que apoya en el cuidado del niño? (Especificar dinámica)

[Barra de texto para especificar dinámica]

[Barra de texto para especificar dinámica]

III. HIJO POR ADOPCIÓN

En caso de que el alumno sea hijo por adopción, completar la siguiente información:

¿De qué edad se integró a la familia? [Barra]

Información que sea relevante para la institución:

[Barra de texto para información relevante]

[Barra de texto para información relevante]

[Barra de texto para información relevante]

IV. ANTECEDENTES DE DESARROLLO

¿Tuvo la madre alguna dificultad durante el embarazo? Explicar

Duración de la gestación (prematuro, a término, postmaduro)

Tipo de parto

Complicaciones

Datos perinatales

Peso

Talla

Apgar

V. ALIMENTACIÓN

¿Tuvo el niño (a) algún problema de alimentación? (Reflujo, intolerancia a la lactosa, pérdida de apetito, sobrepeso, etc.)

¿A qué edad dejó el biberón?

De continuar, ¿en qué momentos lo utiliza?

Utilizó: Chupón () Dedo () Edad en la que se retiró el uso de éstos

De continuar, ¿en qué momentos lo utiliza?

¿Cómo son los hábitos alimenticios? Explicar:

VI. PATRONES DE SUEÑO

¿Tiene su hijo-a algún problema a la hora de irse a la cama?

¿Tiene su hijo-a algún problema para quedarse dormido(a)?

¿Parece cansado-a o somnoliento durante el día?

Cuando va a dormirse, ¿tiene movimientos rítmicos, se golpea o mece?

¿Se despierta mucho durante la noche, teniendo problemas para volver a dormirse?

¿Tiene sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos?

¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultades para respirar por las noches?

¿Parece su hijo muy inquieto cuando duerme con movimientos de sacudida en dedos, pies o en todo el cuerpo?

¿Tiene el niño(a) algún horario para dormir? Sí () No () Explicar:

¿Comparte la habitación con alguien? Sí () No () Especificar con quién y desde cuándo

VII. DESARROLLO MOTOR

Edad en que el niño(a):

Sostuvo la cabeza

Gateó

Caminó

¿Ha asistido a algún centro de estimulación temprana? Sí () No ()

Especificar duración y lugar

¿Puede correr y saltar obstáculos sin dificultad?

¿Presenta dificultad para botar y/o cachar la pelota a diferentes distancias?

Comportamiento extraño (mecerse, aletear, falta de contacto visual, juego extraño, etc.)

Sí () No () Detalles (edad)

¿Puede abrocharse las cintas de sus zapatos, botones, subir cierres, vaciar el contenido de una jarra o de un vaso sin derramarlo?

¿Presenta alguna dificultad al tomar el lápiz para escribir?

VIII. LENGUAJE

Edad en que se presentó:

Primeras palabras

Frases

Diálogo

¿Han observado en el niño (a) alguna dificultad en el habla? Sí () No () Explicar:

¿Han observado alguna dificultad en la audición del niño? Sí () No () Explicar:

De haberse presentado alguna dificultad en el lenguaje y/o audición, ¿recibió el niño (a) algún apoyo?
Sí () No () Nombre de la especialista y teléfono:

[Barra de texto para el nombre de la especialista y teléfono]

¿Comparte la habitación con alguien? Sí () No () Especificar con quién y desde cuándo

[Barra de texto para especificar con quién y desde cuándo]

Cuando le hablas a tu hijo(a) ¿comprendes lo que dice? Sí () No () Explicar

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

Cuándo le hablas, por lo general ¿te mira a los ojos? Sí () No () Explicar

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

Cuando te habla ¿comprendes lo que dice? ¿los demás lo entienden? Sí () No () Explicar

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

¿Cómo se comunica? ¿Con señas, sonidos, te dice lo que quiere, te lleva de la mano?

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

¿Tiene algún problema con los dientes, la lengua, el paladar? Sí () No () Explicar

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

¿Es capaz de cantar una canción o parte de la canción? Sí () No () Explicar

[Barra de texto para explicar]

[Barra de texto para explicar]

IX. SALUD

¿En algún momento su hijo ha tenido lo siguiente?

	NUNCA	PASADO	PRESENTE
Asma o alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso de crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En algún momento su hijo ha tenido lo siguiente?

NUNCA PASADO PRESENTE

Historia cardiovascular:

Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo o dolor en el pecho con el esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torpeza motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de control de las deposiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Otros problemas de salud?, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. ANTECEDENTES FAMILIARES

CONVIVEN EN EL HOGAR:

SÍ

NO

CITE EN QUÉ MIEMBROS DE LA FAMILIA

TDAH probable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
TDAH confirmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trastornos del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

CONVIVEN EN EL HOGAR:	SÍ	NO	CITE EN QUÉ MIEMBROS DE LA FAMILIA
Tics/Sind Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas con alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Historia de muerte temprana por problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Observaciones

Actualmente ¿tiene algún problema físico o de desarrollo? Sí () No ()

¿Ha estado o se encuentra bajo algún tratamiento médico, psicológico o terapias alternativas?

Sí () No () ¿Cuál?

Nombre del especialista y teléfono:

¿Ha tomado o se encuentra tomando algún medicamento como parte del tratamiento?

Sí () No () Especificar

¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica? Sí () No () Especificar:

XI. CONTROL DE ESFÍNTERES

¿A qué edad comenzó el entrenamiento para el control de esfínteres?

Diurno Nocturno

¿A qué edad logró el control de esfínteres?

Diurno

Nocturno

¿Suele orinarse en el día o mientras duerme? Sí () No () Explicar

XII. DATOS ESCOLARES Y DE APRENDIZAJE

FUNCIONAMIENTO ESCOLAR GLOBAL	PROBLEMÁTICO	ALGO PROBLEMÁTICO	EN LA MEDIA	ENCIMA DE LA MEDIA	EXCELENTE
Lectura	<input type="text"/>				
Escritura	<input type="text"/>				
Matemáticas	<input type="text"/>				
Participación en actividades organizadas	<input type="text"/>				

¿CREE QUE SU HIJO PRESENTA DIFICULTADES EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES?

Habilidad para planificar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirigir y mantener la atención	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retener información en la memoria mientras hace otra cosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pararse y pensar antes de actuar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aprender de los errores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Controlar adecuadamente el tiempo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Realizar algo que no tiene una recompensa inmediata y persistir en el esfuerzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regular sus emociones y sentimientos (rabia, frustración, irritabilidad, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SÍ

NO

(No aplica para alumnos de 1º y 2º de preescolar)

¿Ha asistido a algún tipo de apoyo de aprendizaje?

Sí () No () ¿Cuál?

Nombre del especialista y teléfono:

XIII. HÁBITOS DE AUTOCUIDADO Y OTROS

¿Come por sí mismo o recibe ayuda para comer? Explicar:

¿Sabe ir al baño solo o necesita que alguien lo acompañe y/o ayude? Explicar:

¿Se viste y/o desviste por sí mismo o con ayuda? Explicar:

¿Se baña por sí mismo o lo bañan? Explicar:

¿Se duerme por sí mismo y/o necesita que alguien lo acompañe o que alguien lo adormezca? Explicar:

XIV. DISCIPLINA

	MADRE		PADRE	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Felicito a mi hijo(a) cada vez que hace algo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantengo un contacto frecuente con su centro escolar asistiendo a tutorías y respaldo las pautas educativas del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenciamos que haga ejercicio y lo logramos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En casa se fomenta que cada uno exprese sus opiniones y participe en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy órdenes y normas efectivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potencio que mi hijo(a) se relacione con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenemos ocio compartido: hacemos excursiones, vamos al cine, a montar en bici, a pasear, jugamos, hablamos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo a mi hijo(a) a establecer una rutina diaria de orden, higiene, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	MADRE		PADRE	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Superviso los programas de TV, los videojuegos, las páginas web, chats, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo a mi hijo(a) a establecer una rutina diaria de estudio. Hacemos excursiones, vamos al cine, zoo, museos, parques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenciamos una nutrición equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superviso lo que hace el niño-a fuera del hogar, sus salidas, amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizo el castigo como primera medida para corregir la conducta del niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XV. SITUACIONES ESTRESANTES PARA EL NIÑO EN EL ÚLTIMO AÑO

	SÍ	NO
Fallecimiento de algún familiar directo o amigo en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separación de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de domicilio y/o colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XVI. RELACIONES INTERPERSONALES

Factor de riesgo identificado

Excesivo tiempo en TV, ordenador, videojuegos. Sí () No () Detalles y actitudes para el cambio:

Repetidas lesiones o accidentes. Sí () No () Detalles y actitudes para el cambio:

Problemas familiares (inconsistencia, falta de disciplina, falta de normas, sobreprotección, problemas de relación de pareja, problemas de relación entre hermano). Sí () No ()

Detalles y actitudes para el cambio:

Describe cómo se relaciona el niño(a) con:

La madre:

[Two horizontal bars for writing]

El padre:

[Two horizontal bars for writing]

Los hermanos:

[Two horizontal bars for writing]

Los amigos:

[Two horizontal bars for writing]

Los maestros:

[Two horizontal bars for writing]

XVII. PERSONALIDAD

Describe brevemente cómo es su hijo(a):

Descripción de la mamá:

[Two horizontal bars for writing]

Descripción del papá:

[Two horizontal bars for writing]

¿Presenta miedo exagerado, tic nervioso, hiperactividad o algo que requiera de atención?

[Three horizontal bars for writing]

Mencionar tres cosas que a su hijo(a) más le gusten:

Three horizontal light blue bars for writing answers.

Mencionar tres cosas que a su hijo(a) más le disgusten:

Three horizontal light blue bars for writing answers.

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo(a)?

Three horizontal light blue bars for writing answers.

Manejo de la ira (agresión, intimidación, etc.)

Three horizontal light blue bars for writing answers.

Temperamento:

Five light blue rounded rectangular boxes for selecting temperament traits: Difícil, Fácil, Tranquilo, Cariñoso, Intenso.

XVIII. OBSERVACIONES O COMENTARIOS ADICIONALES

Three horizontal light blue bars for writing observations or comments.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Mérida, Yuc., a [] de [] de []

Departamento Psicopedagógico