



## FORMULARIO DE ADMISIÓN ARKIDS

Para uso de ARKIDS, Centro Integral de Desarrollo Infantil

Grado a ingresar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Recibido por \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL MARINERITO

FOTO

Nombre del Marinerito:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

Número de Registro y Lugar de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

Edad (Años y meses a la fecha actual):

\_\_\_\_\_

Número de hermanos y edades:

\_\_\_\_\_

Posición que ocupa entre sus hermanos:

\_\_\_\_\_

Tipo de sangre:

\_\_\_\_\_

¿Ha estado en otros jardines o programas de estimulación?

¿Cuál? ¿Cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_



### 1. Historia del desarrollo

- |           |                                 |   |
|-----------|---------------------------------|---|
| Embarazo  | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Parto     | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Lactancia | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Destete   | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Lenguaje  | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Marcha    | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| Sueño     | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicaciones |

Explicaciones (en caso de haber tenido complicaciones): \_\_\_\_\_

---

---

### 2. Describa la personalidad de su hij@:

---

---

---

### 3. Su hij@ realiza alguna (s) de estas acciones, marque la (X) a las que sí:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuida sus juguetes | <input type="checkbox"/> Se amarra los zapatos | <input type="checkbox"/> Se viste solo |
| <input type="checkbox"/> Va sólo al baño    | <input type="checkbox"/> Come solo             | <input type="checkbox"/> Duerme solo   |

### 4. Respecto al sueño de su hij@, responda aproximadamente:

Horas de sueño nocturno \_\_\_\_\_ Horas de sueño diurno \_\_\_\_\_

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tranquilo         | <input type="checkbox"/> Sonambulismo  | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Temores nocturnos | <input type="checkbox"/> Habla dormido |                                     |



**ARKIDS**

**5. Respecto a la alimentación**

Al comer su niñ@ maneja bien:

Cuchara     Tenedor     Cuchillo     Necesita ayuda

Alimentos preferidos:

---

---

Alimentos rechazados:

---

---

¿Toma tetero?     Sí     No

Horario: \_\_\_\_\_

**6. ¿Qué le ha preocupado del desarrollo integral de su hijo/a?**

---

---

---

---

---

**7. Salud general del niñ@:**

Buena     Regular

**¿Tiene el niño (a) alguna necesidad específica relacionada con su salud o estado físico?**

a. Antecedentes médicos y/o quirúrgicos:

---

b. Toma medicamentos:     Sí     No    Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---



# ARKIDS

d. Tiene alergias:  Sí  No

¿Cuáles?

---

---

---

e. Usa anteojos:  Sí  No

f. Usa audífonos:  Sí  No

**8. ¿Ha sido evaluado por especialistas? (Marque con una X):**

Psicología  Neuropsicología  Psiquiatría infantil

Terapia Ocupacional  Fisioterapia  Fonoaudiología

Educación Especial

a. Estuvo en terapia:  Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Logros alcanzados \_\_\_\_\_

b. ¿Necesita iniciar o continuar con apoyo en alguna de estas áreas:

Sí  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Porque? \_\_\_\_\_

---

---

---



c. ¿Está interesado en que tome estas terapias en el jardín?

Sí     No

¿Cuales?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Suministre cualquier otra información que usted considere necesaria e importante conocer por el Centro Integral de desarrollo infantil ARKIDS, para poder prestarle la mejor atención a su hij@.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

**1. Personas que viven con el niñ@ en la misma casa (incluya a la empleada si la hay)**

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**2. Información sobre el padre.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_



Cargo actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nivel de manejo del inglés: \_\_\_\_\_

Dirección residencia del padre: \_\_\_\_\_

Teléfono residencia: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Describe la relación con su hij@: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **3. Información sobre la madre.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

Cargo actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nivel de manejo del inglés: \_\_\_\_\_

Dirección residencia de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Describe la relación con su hij@: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**4. Datos personales de otro acudiente, en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**5. Por favor comenta: ¿Cómo son las pautas de crianza con tu hijo o hij@, cuales son las normas y valores de tu hogar?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**ARKIDS**

**SE NOS HA HECHO SABER QUE EL NÚMERO DE CUPOS ES LIMITADO, CONOCEMOS y ACEPTAMOS LAS TARIFAS DEL PREESCOLAR Y CUMPLIREMOS CON EL PAGO OPORTUNO Y EL MANUAL DE CONVIVENCIA DE ESTA INSTITUCIÓN. DECLARAMOS QUE TODA LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CORRESPONDE A LA VERDAD.**

---

**FIRMA DE LA MADRE  
CC.**

---

**FIRMA DEL PADRE  
CC.**