

 <p>Fundación Colegio Ciudad de Piendamó</p>	<p>2. FICHA PSICODIAGNÓSTICA</p>  <p>AÑO LECTIVO 2.023</p>	<p>3. Código: PO-01-01-DA4</p>
		<p>4. versión 01- 2023</p>
		<p>5. fecha: Junio 2023</p>

1. DATOS GENERALES DEL NIÑO NIÑA O ADOLESCENTE

Nombres			
Apellidos			
Tipo de documento	Número		
Fecha de Nacimiento		Edad	
Tipo de sangre		RH	
EPS	Subsidiado		
	Contributivo		
Dirección domicilio			
Barrio		No. Celular	

MARQUE CON UNA EQUIS (X) Personas con las que vive el NIÑO NIÑA O ADOLESCENTE	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos	Tíos	Primos	Otros	Total
Lugar que ocupa entre los hermanos								

Nombre Institución Educativa de procedencia		Grados cursados	
Dirección		Teléfono	
¿Qué es lo que más le gustaba de su institución?			
¿Cuáles son sus asignaturas preferidas?			
¿Qué espera recibir de nuestra institución? ¿Cuáles son sus expectativas? Como padres y aspirante			

En caso de emergencia llamar a	Teléfono	1.
	Teléfono	2.

2. DATOS FAMILIARES

GENOGRAMA: (Este campo es diligenciado el Colegio Ciudad de Piendamó)

--	--	--	--

Nombre del padre			
Edad	Ocupación		
Escolaridad		Estado civil	
Dirección			Teléfono personal
Correo electrónico			Teléfono trabajo
Dirección o lugar de trabajo			Ciudad de trabajo:
Enfermedades biológicas o psiquiátricas(diabetes, hipertensión, depresión, ansiedad, etc.) del padre			

Nombre dela madre			
Edad	Ocupación		
Escolaridad		Estado civil	
Dirección			Teléfono personal
Correo electrónico			Teléfono trabajo
Dirección o lugar de trabajo			Ciudad de trabajo

Enfermedades biológicas o psiquiátricas(diabetes, hipertensión, depresión, ansiedad, etc.) de la madre	
--	--

En caso que el Aspirante permanezca con un cuidador (tia, abuela, hermano-a, niñera (o)el mayor tiempo del día, diligenciar el siguiente cuadro:

Nombre del cuidador			
Edad	Ocupación		
Escolaridad		Estado civil	
Dirección			Teléfono personal
Correo electrónico			Teléfono trabajo
Dirección o lugar de trabajo			Ciudad de trabajo
Enfermedades biológicas o psiquiátricas(diabetes, hipertensión, depresión, ansiedad, etc.)			

3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

La casa que habitan es	Propia		Familiar		Arriendo	
Cuenta con servicios de	Agua potable		Energía		Internet	Gas

4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NIÑA O ADOLESCENTE (por favor describa sus respuestas)

¿Cómo fue el embarazo, tuvo complicaciones, cuáles? (enfermedades, accidentes, cuidados especiales)
¿Cómo fue el movimiento del bebe durante el embarazo?
¿Cómo fue su parto, tuvo complicaciones, cuáles? (hospitalización, duración del parto, cirugías)
¿Presento algún tipo de negligencia médica durante la atención de su embarazo? (demora en la atención, mal diagnóstico, mal procedimiento)
El NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE a qué edad :
camino
gateo
Dijo sus primeras palabras
Dejo el tetero o el seno (ambos)

¿Quién se responsabilizó del cuidado del niño, niña o adolescente durante el primer año de vida? ¿Porque?	
EI NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE en cuanto a alimentación	
¿Come solo? O cuando era pequeño lo hacía?	
¿Cuál es su alimento preferido?	
¿Cuál es el alimento menos deseado?	
¿En algún momento de la vida del niño niña o adolescente tuvo que obligarlo a comer? Si, no ¿Por qué?	
¿Cuántas horas diarias duerme el NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?	
¿Su tipo de sueño es tranquilo o inquieto?	
Tiene o ha tenido necesidad de elementos de compañía durante el sueño como luz, peluches, mantas, cobija etc.	
¿A qué hora se acuesta el NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?	
¿EI NIÑO NIÑA O ADOLESCENTE práctica algún deporte?	
¿Cuáles son los programas de TV favoritos del NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?	
Juegos preferidos (solo acompañado o ambos)	

5. DINÁMICA FAMILIAR

¿Comen solos o en familia? ¿ En qué lugar?			
¿Qué realiza el NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE en sus tiempos libres?			
¿Qué le disgusta al NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?			
¿Qué le gusta hacer al NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?			
¿En casa dialogan con NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE? ¿De qué forma lo hacen?			
¿En el proceso escolar que desea iniciar en la institución, el acompañamiento del NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE? Estará a cargo de:	Papá:	Mamá:	Otro:
Si el acompañamiento escolar no está a cargo de Papá y Mamá, describa las razones de ello:	Quien:	Razones:	

¿Qué hábitos de estudio tiene el NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE? ¿En qué lugar hace las tareas?	
El niño, niña o adolescente tiene alguna clase extraescolar o asiste a algún club de tareas, tutoría o curso adicional como inglés u otros.	
Si su hijo es menor de 6 años, ¿con qué frecuencia o en qué situaciones presenta berrinches?	
Si es mayor de seis años, ¿Cómo reacciona ante un conflicto, en casa, en el colegio o en la calle?	

6. RELACIONES AFECTIVAS

¿Quién se encarga del cuidado al NINO, NINA O ADOLESCENTE?
¿Cómo es la relación con su padre o padrastro? hablan, discuten constantemente, muestra afecto
¿Cómo es la relación con su madre o madrastra? hablan, discuten constantemente, muestra afecto
¿Cómo es la relación con sus hermanos? hablan, discuten constantemente, muestra afecto

¿tuvo o tiene amigos imaginarios?
¿Ha tenido pérdida de seres queridos? ¿si es así como ha sido su actitud frente a esto?

7. ANTECEDENTES DE SALUD FÍSICA Y MENTAL (enfermedades médicas psicológicas o psiquiátricas, Alergias, cirugías, enfermedades superadas, ha tenido algún accidente, fracturas. presenta diagnóstico de dificultades académicas o de capacidades excepcionales). Por favor adjuntar documentos, o soportes.

Nombre del especialista o especialistas que lo (a) tratan:

8. DESARROLLO INTEGRAL Y APRENDIZAJES CON APOYO: el aspirante requiere algún tipo de apoyo para el aprendizaje.

Especifique y adjunte certificación de especialista:
--

