

CUM

Cedula Única de Maternal

1



Kindergarten

En caso de llenar a mano el siguiente cuestionario, hágalo con letra de molde y con lapicero azul, marcando con una X la opción que corresponda a su caso.

La información que a continuación se recopila, es confidencial y servirá para establecer un plan de apoyo para el desarrollo integral del menor.

Por lo que es importante solicitarle al padre o tutor que sus respuestas sean lo más apegado a la realidad. Toda la información está protegida por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO Y CONTACTO

Nombre completo:			
Dirección:			
CURP:			
NIA:			
Nombre de la Escuela:			
Fecha de nacimiento:	Nivel:	C.C.T:	
Edad:	Grado:	Grupo:	
Hijo biológico()	Hijo adoptivo ()	Zona:	Sector:
Tipo de sangre: _____	Fechas de aplicación 1: 2: 3:	Habla otro idioma o lengua: Sí () No () ¿Cuál? _____	
Nacionalidad:	Lugar de nacimiento:		
Religión (opcional):	Teléfonos extras de contacto En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____ En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____ En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____		

Necesidades Educativas Especiales

Solo se contesta si el niño presenta alguna Necesidad Educativa Especial.

Tiene alguna Necesidad Educativa Especial (NEE): Sí () No ()

Cuenta con un diagnóstico médico: Sí () No ()

Cuenta con evaluación psicopedagógica: Sí () No ()

Cuenta con propuesta curricular adaptada: Sí () No ()

Discapacidad: Congénita () Adquirida ()

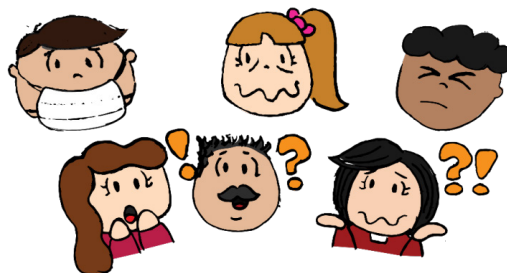
Cuenta con atención de: CAPEP () USAER ()

Asiste a otra institución (especifique): _____

Datos de los padres y/o tutor			
Nombre de la madre:			
Dirección:			
CURP:			
Edad: _____ años	Habla otro idioma: Sí () No ()	Idioma que habla: _____	Escolaridad: _____
Ocupación:	Lugar de trabajo:		
Teléfono:	Número Celular:		
Estado civil:	Casada () Soltera () Unión libre () Viuda () Divorciada ()		
Nombre del padre:			
Dirección:			
CURP:			
Edad: _____ años	Habla otro idioma: Sí () No ()	Idioma que habla: _____	Escolaridad: _____
Teléfono:	Número Celular:		
Ocupación:	Lugar de trabajo:		
Estado civil:	Casada () Soltera () Unión libre () Viuda () Divorciada ()		
Nombre del tutor(a):			
Dirección:			
Parentesco:			
CURP:			
Edad: _____ años	Habla otro idioma: Sí () No ()	Idioma que habla: _____	Escolaridad: _____
Teléfono:	Número Celular:		
Ocupación:	Lugar de trabajo:		
Estado civil:	Casada () Soltera () Unión libre () Viuda () Divorciada ()		

Para recopilar la siguiente información los padres o tutores deben presentarse con acta de alumbramiento, ya que hay datos médicos del nacimiento importantes para evaluar el desarrollo del menor. (En caso de no tenerlo, contestar lo que más recuerde).

Antecedente prenatales, (previo al nacimiento).			
Embarazo planeado ()	Embarazo inesperado ()	Inseminación ()	No deseado ()
Evolución del embarazo (anotar como transcurrió su embarazo, física y emocionalmente): _____ _____ _____ _____		Embarazo de alto riesgo: Sí () No ()	
		Amenaza de aborto: Sí () No ()	
		Edad al embarazo: _____	
		Tomó algún fármaco: Sí () No () ¿Cuál? _____	



Antecedentes perinatales

(Estos datos comprenden desde las 28 semanas de gestación hasta los siete días después de nacer).

Si no tiene el dato del APGAR (Examen médico realizado a recién nacidos, que evalúa frecuencia cardíaca, respiración tono muscular, reflejos y coloración) solo anote lo que madre recuerde.

Duración del embarazo en semanas: _____	APGAR: _____ Respiró al nacer su bebé: Sí () No () Nació con alguna coloración en su piel: Sí () No () Nació con el cordón enredado en el cuello: Sí () No () Lloró por sí solo al nacer: Sí () No ()
Peso al nacer: _____	Talla al nacer: _____
Cesárea () Parto ()	
Hospitalización del niño en unidad de cuidados intensivos (UCIN) Sí () No ()	

Antecedentes postnatales

Los antecedentes postnatales son aquellos que nos darán información sobre hábitos, crianza y desarrollo después del nacimiento del menor hasta la fecha.

Lactancia materna: Sí () No ()	¿Usa o usó biberón? Sí () No ()	Describe brevemente su alimentación actual: (gustos y alimentación frecuente)
Meses y años que lactó: _____	Hasta que edad usó biberón: _____	¿Quién lo alimenta?: ¿Usa o usó chupón? Sí () No ()
Alérgico: Sí () No () No sé () ¿A qué es alérgico? _____		Observaciones: Padece alguna enfermedad: Sí () No () No sé () Necesita algún cuidado especial: Sí () No () ¿Cuál? _____
Toma actualmente algún medicamento: _____	Sí () No ()	¿Cuál? _____ Motivo: _____ Tiempo: _____

Socialización

La siguiente información debe ser recabada con observaciones de los padres y complementada con las observaciones de la educadora.

Con sus compañeros o pares, es:	Sociable: Sí () No ()	Tímido: Sí () No ()	Le cuesta integrarse: Sí () No ()
	Les ayuda: Sí () No ()	Agresivo: Sí () No ()	Empático: Sí () No ()
	Pelea por juguetes: Sí () No ()	Solitario: Sí () No ()	Se enfoca en un solo juego o juguete: Sí () No () ¿Cuál? _____ _____
En las reglas:	Respetar las reglas: Sí () No ()		
	A quién obedece más: _____		

Interacción con otros:	¿Cómo se relaciona con los adultos?	_____	
	¿Cómo se relaciona con otros niños?	_____	
¿Considera que es berrinchudo?	Sí () No ()	¿Cómo demuestra su frustración? Describe: _____	
¿Qué detona su berrinche?			
En las actividades escolares es:	Participativo: Sí () No ()	Retraído: Sí () No ()	Jugueteón: Sí () No ()
Sus periodos de atención son:	De menos de cinco minutos: Sí () No ()	Quince minutos: Sí () No ()	Media hora: Sí () No ()

Autonomía

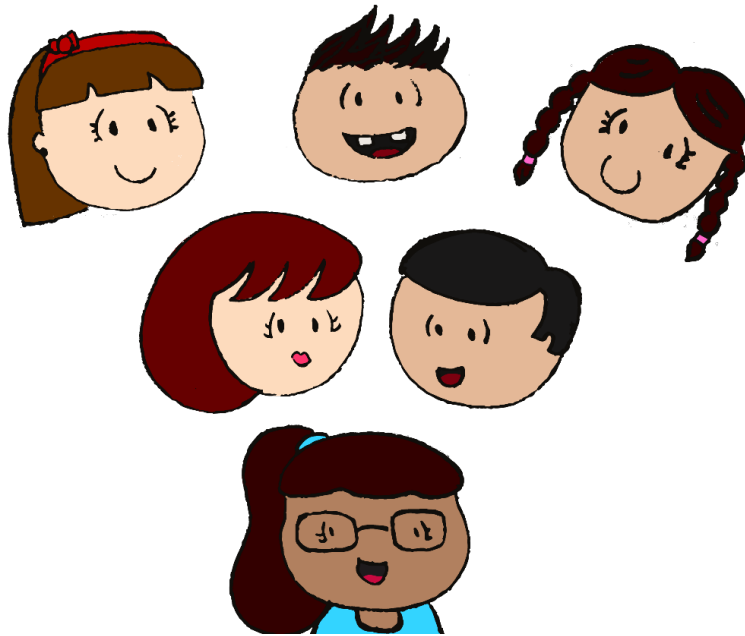
Controla esfínter Sí () No ()	Se viste solo Sí () No ()	Se alimenta solo Sí () No ()	Duerme solo Sí () No ()
Se coloca zapatos solo Sí () No ()	Desabotona su ropa Sí () No ()	Se lava los dientes solo Sí () No ()	Se asea solo después de ir al baño Sí () No ()
Sabe su nombre completo: Sí () No ()	Identifica a sus cuidadores: Sí () No ()		Se chupa el dedo: Sí () No ()
Reconoce sus pertenencias: Sí () No ()	Sabe los nombres de sus padres o tutores: Sí () No () <i>(verificar preguntando al menor)</i>		Conoce su domicilio: Sí () No () <i>(verificar preguntando al menor)</i>



<i>Hábitos de casa y familia</i>			
Cuántas horas de TV ve al día: _____ hrs.	Programa favorito: _____	Cuento favorito: _____	Quién le ayuda en tareas: _____
Ayuda a levantar sus juguetes: Sí () No ()	Ayuda en labores de casa: Sí () No ()	Tiene acceso a Tablet o teléfono: Sí () No ()	Cuántas horas usa la Tablet o el teléfono al día: _____
¿Cuántos hermanos tiene?: _____	Número de hijo en la familia: _____	Tiene medios hermanos: Sí () No ()	¿Quién cuida al niño?
¿Cómo se relaciona con sus hermanos?	Hay juego brusco con los adultos que le rodean: Sí () No ()	Se muestra dependiente de los adultos que le rodean: Sí () No ()	
¿Con quién vive el niño? (Indique el nombre y parentesco con todas las personas que vive, ejemplo: abuela Sonia) _____ _____ _____ _____ _____		En dónde y con quién duerme el niño (a): _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Describe como se relaciona con sus hermanos y adultos que le rodean en un día común:	_____ _____ _____		
Describe brevemente sus actividades que realizan en familia:	_____ _____ _____		
Tipo de familia:	Nuclear () Papá, mamá e hijos	Monoparental () Papá + hijo o hija () Mamá + hijo o hija ()	Adoptiva () Hijos no biológicos
Extendida () Papás, hijos, tíos, abuelos, etc.	Separados () Padres que no viven juntos	Reconstruida () Unión de dos o más familias	Homoparental () Familias con padres del mismo sexo

Estilo de crianza	
¿Las normas o reglas que establece en casa son inquebrantables? Sí () No () Autoritario	¿Hace negociaciones con su hijo o hija y establece límites claros cuando el pequeño quiere algo? Sí () No () Democrático
¿Es común que le permita a su hijo que haga cosas que a veces no debe, para que no haga berrinche? Sí () No () Permisivo	¿Es posible que use algún castigo cuando algún miembro de la familia quebranta alguna regla que usted establece? Sí () No () Negligente

<i>Antecedentes escolares</i>			
¿Ha asistido a alguna institución de Educación Inicial? Sí () No ()	¿A qué edad ingresó a la escuela? _____	¿Qué tiempo permaneció en la escuela anterior? _____	¿Presentó alguna dificultad para adaptarse? Sí () No () ¿Cuál? _____
¿Qué espera que su hijo aprenda en esta escuela?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		



La siguiente información ayudara a detectar algún posible desorden sensorial que pudiera interferir su funcionamiento diario y aprendizaje.

<i>Procesamiento sensorial</i>					
<i>Visual</i>	<i>Auditivo</i>	<i>Gustativo-olfativo</i>	<i>Ubicación corporal en el espacio (propioceptivo)</i>	<i>Relación con el movimiento (vestibular)</i>	<i>Táctil</i>
Manifiesta molestia ante la luz: Sí () No ()	Reacciona de forma negativa a los sonidos: Sí () No ()	Evita alimentos muy específicos: Sí () No ()	Choca contra las personas, objetos de manera frecuente: Sí () No ()	Manifiesta miedo excesivo cuando es elevado del suelo: Sí () No ()	Evita ensuciarse las manos y tocar texturas tales como barro, plastilina o pintura: Sí () No ()
	Suele taparse las orejas ante sonidos fuertes: Sí () No ()		Se observa un tono muscular bajo (poco músculo o blandito): Sí () No ()		
Se le dificulta fijar la mirada en un objetivo específico: Sí () No ()	Se distrae con sonidos de fondo o cualquier ruido: Sí () No ()	Olfatea objetos aunque no sean alimentos: Sí () No ()	Se muestra flácido, flexible y suele cansarse más rápido que todos los demás: Sí () No ()	Le disgustan actividades motoras tales como brincar, trepar, escalar: Sí () No ()	Busca constantemente tocar a las personas manifiesta seguridad ante el contacto físico: Sí () No ()
		Manifiesta asco a algunas texturas de alimentos: Sí () No () ¿Cuál? _____	Camina de puntitas todo el tiempo: Sí () No ()		

<i>Hábitos de sueño</i>			
¿Duerme solo (a) en la misma recámara de los padres?	Sí () No ()	¿Duerme en cuna o cama?	Sí () No ()
¿Duerme solo en su recámara?	Sí () No ()	Explique con quién duerme	_____
¿Hace siestas durante el día?	Sí () No ()	¿A qué hora hace su siesta o sus siestas?	_____
¿Despierta durante las noches?	Sí () No ()	¿Cuántas veces?	_____
¿Qué lo despierta durante la noche?	_____		
¿Le cuesta dormirlo?	Sí () No ()	¿Qué hace para dormirlo? Describa:	_____
Hace cosas raras por la noche:	Sí () No ()	Describa lo que hace:	_____
Se muestra somnoliento durante el día:	Sí () No ()	¿Se le dificulta despertarlo?	Sí () No ()
¿Se levanta estando dormido?	Sí () No ()	Puede describir lo que hace:	_____
Se despierta llorando abruptamente:	Sí () No ()	Manifiesta tener pesadillas:	Sí () No ()

Comportamientos psicosexuales comunes en la infancia				
<p><u>El desarrollo psicosexual de su hijo es algo normal en esta etapa y hay conductas que nos pueden</u> <u>guiar en cómo educarlos de manera sana en este tema as</u> _____ <u>í como el promover el auto cuidado.</u> _____ Que el padre conteste las preguntas que pueda _____ , de acuerdo a lo que observa en casa.</p>				
Su hijo o hija explora y toca sus genitales en privado o a veces incluso en público.	Suele frotarse genitales con la mano o contra objetos.	Habla de sus genitales y utiliza "malas" palabras, aunque no comprendan su significado	Le dice por su nombre a sus partes íntimas. Si no es así diga cómo les llama a estas.	Sabe decir si es niña o niño
Sí () No ()	Sí () No ()	Sí () No ()	Sí () No ()	Sí () No ()

Indicadores de violencia infantil

Solo lo contesta la educadora sin preguntar a los padres

Este apartado está relacionado con síntomas relacionados con algún tipo de violencia intrafamiliar, este apartado debe llenarse exclusivamente a partir de la observación de la educadora o agente educativo, en caso de sucesos significativos en la dinámica familiar, puede suceder que el menor haga alguna de estas acciones de forma inesperada. Solo deberá marcar con sí o no, según corresponda.

A nivel físico	A nivel cognitivo	En su conducta	En sus prácticas
Dolores de cabeza y estómago Sí () No ()	Problemas de atención Sí () No ()	Hiperactividad Sí () No ()	Falta de higiene personal Sí () No ()
Incontinencia urinaria Sí () No ()		Miedo Sí () No ()	Baja autoestima Sí () No ()
Síntomas de desnutrición Sí () No ()	Alteraciones de la memoria Sí () No ()	Hostilidad Sí () No ()	Ausentismo Sí () No ()
Tez pálida Sí () No ()		Agresión Sí () No ()	Incapacidad para relacionarse Sí () No ()
Decoloraciones en la piel Sí () No ()	Deficiente desempeño escolar Sí () No ()	Ansiedad Sí () No ()	Relaciones emocionales intensas Sí () No ()
Golpes y heridas visibles Sí () No ()		Angustia Sí () No ()	
Alteraciones en el sueño Sí () No ()		Falta de interés Sí () No ()	
		Trastornos depresivos (tristeza sin razón aparente y llanto fácil) Sí () No ()	
	Síntomas de estrés post-traumático (Implicación en situaciones de peligro, agresividad, tartamudez) Sí () No ()	Daño auto infringido (golpear, pellizcar o cortarse a sí mismo) Sí () No ()	