



PERFIL ALUMNO DE NUEVO INGRESO

Oficina de Orientación Educativa

Foto

Ficha Identificación:

Nombre del Alumno	
-------------------	--

Grupo:		Especialidad:		Generación:	
--------	--	---------------	--	-------------	--

Lugar Nacimiento		Fecha Nacimiento		Edad	
CURP				NUM. SEGURO SOC.	

Masculino ()	Femenino ()	Estado Civil	
---------------	--------------	--------------	--

Domicilio	
-----------	--

Teléfono		Celular		E mail	
----------	--	---------	--	--------	--

¿CUENTAS CON ALGUN TIPO DE BECA? _____ CUAL? _____

Historial Académico:

Primaria		Promedio	
Secundaria		Promedio	

¿Has repetido algún año escolar? _____. ¿Cuál o cuáles? _____

¿Cómo te resulta el estudio?

Fácil ()	Interesante ()	Útil ()	Difícil ()	Aburrido ()	Obligado ()
-----------	-----------------	----------	-------------	--------------	--------------

¿Cuántas horas diarias, sin contar las clases, dedicas al estudio diariamente?

1 a 3 horas ()	4 a 6 horas ()	Más de 6 Horas ()
-----------------	-----------------	--------------------

Escribe tres motivos por los cuales estas decidido a continuar tus estudios:

- 1.- _____.
- 2.- _____.
- 3.- _____.

¿Tienes algún hermano en la Institución? _____. Semestre _____.



PERFIL ALUMNO DE NUEVO INGRESO

Oficina de Orientación Educativa

Historia clínica

PESO kg. _____ ESTATURA _____ TIPO DE SANGRE _____

Antecedentes Heredofamiliares.

Escribe los antecedentes médicos que se encuentren presentes en abuelos, padres, tíos o hermanos.

EN TU FAMILIA EXISTE ELGUN TIPO DE ENFERMEDAD? SI _____ NO _____

(Diabetes, cáncer, problemas cardiacos, discapacidad.....etc...)

Antecedentes Personales Patológicos. Especifica si has padecido alguna de estas enfermedades.

Enfermedades Infecciosas

- () Parotiditis (paperas)
- () Rubeola
- () Sarampión
- () Varicela
- () Hepatitis
- () Fiebre tifoidea

Embarazos

() Si. () No

¿Tienes hijos? _____

Abortos

() Si. () No

¿Cuántos? _____

¿Actualmente te encuentras en algún tratamiento médico? _____.

¿Por qué? _____.

Fumas

Si ()	No ()	Ocasionalmente ()
--------	--------	--------------------

Consumes bebidas embriagantes

Si ()	No ()	Ocasionalmente ()
--------	--------	--------------------

¿Has consumido algún tipo de droga? _____ ¿Especifique cuál o cuáles? _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL (IMSS, ISSSTE Y/O ISSSTECALI).

--

¿PRESENTAS ALGUN TIPO DE CAPACIDAD DIFERENTE?:

TIPO DE DISCAPACIDAD	LEVE	MODERADA	GRAVE
Visión			
Audición			
Habla			
Movilidad			
Aprendizaje			
Problemas psicológicos y/o emocionales			
Otros (especificar):			



PERFIL ALUMNO DE NUEVO INGRESO

Oficina de Orientación Educativa

Historia Familiar

Datos Generales

Nombre del Padre: _____

Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____

Teléfono: _____

Personas que habitan en tu hogar: escribe quienes viven en tu casa, que parentesco tienen y a que se dedican, secretaria, medico, empleado maquila, sobre ruedas etc..

RELACION O PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACION O EMPLEO	INGRESO MENSUAL
1.-					\$
2.-					\$
3.-					\$
4.-					\$
5.-					\$
6.-					\$

Actualmente vives con:

Padres ()	Padre ()	Madre ()	Abuelos ()	Otros (Especifique)
------------	-----------	-----------	-------------	----------------------

¿Cuáles son los momentos en que encuentras dificultad para integrarte al ambiente familiar?

¿Con que frecuencia sueles hablar con tus padres de las cosas que te interesan o preocupan?

¿Con quienes te entiendes mejor de tu familia, o alguien más?

¿Quién de tu casa es más exigente contigo?

¿En qué momento conviven tú y toda tu familia?

¿Cómo es la comunicación con tu familia?

¿QUIEN SOLVENTA TUS GASTOS PERSONALES Y ESCOLARES? _____

¿TRABAJAS? SI () NO () INGRESO PERCIBIDO \$ _____