

## 7. EX-08 GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PREESCOLAR

Formato que envía el área normativa Hoja 1 de 4



### DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN INICIAL Y PREESCOLAR

#### GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PREESCOLAR

##### PRESENTACIÓN

La Guía para la Atención del Preescolar tiene el propósito de apoyar al personal docente de Educación Preescolar para que conozca y registre características y antecedentes individuales de niñas y niños. La información recabada será incorporada al expediente individual del preescolar.

Durante los primeros días hábiles del ciclo escolar, las docentes realizarán entre otras actividades, entrevistas con padres y madres de familia para obtener información básica de los alumnos que junto con las observaciones en el desempeño de los niños y las características de su entorno, sustentarán las experiencias de aprendizaje tanto para la etapa diagnóstica como para las subsecuentes acciones educativas.

La información proporcionada por el padre y/o madre de familia permitirá a la docente:

- **Tener un primer acercamiento** con los padres de familia para fortalecer los vínculos de comunicación y cooperación para brindar una mejor atención educativa a sus hijos.
- **Detectar** algunos problemas de salud y orientar oportunamente a los padres o tutores para su atención.
- **Diseñar un ambiente de aprendizaje** que apoye el desarrollo de competencias en el marco del Programa de Educación Preescolar vigente.

Esta guía se aplicará a toda la población infantil y formará parte del expediente individual del alumno junto con el **Examen Médico del Escolar**.

La **Guía Para la Atención del Preescolar**, es un documento que estará vigente durante el tiempo de permanencia del alumno en el plantel, por lo que es importante que se actualicen cada ciclo escolar los datos necesarios. Si el alumno o alumna es de tercer grado la **Guía** se entregará al padre, madre de familia o tutor al término del ciclo escolar como parte del expediente individual. Cuando el padre, madre de familia o tutor notifique baja de su hijo, hija, el docente le entregará el expediente con la indicación de que lo presente al inscribirse en otro jardín de niños.

##### I.- DATOS GENERALES

1.-Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

2.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

3.- Domicilio: \_\_\_\_\_

4.-Institución de la que se es derechohabiente: IMSS ( ) ISSSTE ( ) Otro ( ) Ninguna ( ) Cuenta con Carnet de gratuidad: Si ( ) No ( )

5.- ¿Ha recibido atención educativa o asistencial de otra institución? Sí ( ) No ( )  
 ¿En cuál? \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_ de permanencia: \_\_\_\_\_

**II.- ANTECEDENTES DEL NIÑO O LA NIÑA**

- 6.- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Especifique población: \_\_\_\_\_
- 7.- Desarrollo del Embarazo: Normal ( ) Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_  
Con problemas ( ) Si ( ) No ( ) Especificar \_\_\_\_\_
- 8.- Parto: normal ( ) cesárea ( ) ¿se presentó algún problema al momento del parto? \_\_\_\_\_  
Especificarlo: \_\_\_\_\_
- 9.- Lactancia: pecho ( ) ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Biberón ( ) ¿desde qué edad? \_\_\_\_\_  
¿hasta qué edad? \_\_\_\_\_
- 10.- Presenta alguna barrera para el aprendizaje ¿en qué? intelectual ( ) auditiva ( ) visual ( )  
motora ( ) del habla ( ) neurológica ( ) del comportamiento ( ) Especifique de qué tipo: \_\_\_\_\_

A qué edad se le diagnosticó: \_\_\_\_\_

En caso de recibir atención ¿qué tipo de tratamiento de apoyo se le ha recomendado? \_\_\_\_\_

- 11.- Usa prótesis o aparatos ortopédicos: Si ( ) No ( )  
de extremidades superiores ( ) de extremidades inferiores ( ) auditivos ( ) visuales ( )  
Requiere del uso permanente de: lentes ( ) silla de ruedas ( ) andadera ( ) muletas ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
Emplea: lenguaje de señas ( ) lectura y escritura Braille ( )
- 12.- Ha tenido algún accidente o enfermedad que haya requerido revisión médica u hospitalización:  
Si ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿A qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Por qué situación? \_\_\_\_\_  
¿En la actualidad requiere algún cuidado especial? Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**(PARA COMPLEMENTAR ESTA SECCIÓN REVISE INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO)**

- 13.- Enfermedades que ha padecido: varicela( ) rubéola( ) escarlatina( ) hepatitis( ) tifoidea( ) paperas( )  
tosferina( ) otras: \_\_\_\_\_
- 14.- ¿Actualmente padece alguna enfermedad temporal o crónica?  
Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 15.- ¿Es alérgico o intolerante? Si ( ) No ( ) ¿a qué? alimentos ( ) medicinas ( ) animales ( )  
plantas ( ) otros ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 16.- ¿Toma algún medicamento de forma permanente? Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Requiere algún cuidado especial? Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 17.- ¿Presenta alguna fobia o miedo? Si ( ) No ( ) ¿a qué? \_\_\_\_\_
- 18.- ¿Duerme la mayoría de las veces?: sólo ( ) con sus padres ( ) hermanos ( ) familiares ( ) otros ( )
- 19.- Horas que duerme en promedio: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
¿Hace siesta durante el día? Si ( ) No ( ) ¿De cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Presenta algún trastorno del sueño? Si ( ) No ( ) ¿cómo? pesadillas ( ) insomnio ( )  
rechinar de dientes ( ) sueño intranquilo ( ) habla o se levanta dormido ( )
- 20.- ¿Cuántas veces come al día? \_\_\_\_\_ Toma alimentos antes de llegar a la escuela Si ( ) No ( )  
¿Cuáles consume frecuentemente? \_\_\_\_\_
- 21.- ¿Qué tipo de alimentos le gustan? \_\_\_\_\_
- 22.- ¿Cuántas horas al día ve televisión? \_\_\_\_\_ ¿sólo?: \_\_\_\_\_ ¿acompañado?: \_\_\_\_\_
- 23.- ¿Cuáles son sus programas favoritos? \_\_\_\_\_
- 24.- ¿Qué actividades realizan regularmente los fines de semana?  
Visitas a: familiares ( ) cine ( ) parque de diversiones ( ) museos ( ) mercado ( )  
Otros: \_\_\_\_\_
- 25.- Personas que viven con el niño/a:  
Padre ( ) madre ( ) hermanos ( ) abuelos maternos ( ) abuelos paternos ( ) tíos ( ) primos ( )  
Otros \_\_\_\_\_
- 26.- Edades de los hermanos y sexo: \_\_\_\_\_

- 28.- ¿Cuánto tiempo le dedica como padre o como madre, para estar con su hijo al día? \_\_\_\_\_
- 29.- Ingreso familiar mensual (aproximado): \_\_\_\_\_

**III.- INFORMACIÓN FAMILIAR** (Puede complementarse con la ficha de inscripción)

- 30.- Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: (Especifique el nombre de la población) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- 31.- Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: (Especifique el nombre de la población) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- 32.- Nombre del tutor :(en su caso) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento (Especifique el nombre de la población ): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- 33.- Estado civil de los padres: Casados ( ) Divorciados ( ) Unión libre ( ) Viuda/o ( ) Madre soltera ( ) Padre soltero ( )
- 34.- En caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_  
Con domicilio en: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- 35.- Existe Restricción legal para que alguno de los padres recoja al niño(a) en el plantel: \_\_\_\_\_  
Si existe el caso anotar el nombre del tutor autorizado: \_\_\_\_\_

**IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE LA COMUNIDAD**

- 36.- Vivienda: casa ( ) departamento ( ) cuarto ( ) propia ( ) rentada ( ) otra \_\_\_\_\_
- 37.- Tipo de construcción: madera ( ) lámina ( ) cartón ( ) concreto ( ) otra \_\_\_\_\_
- 38.- Servicios con que cuenta la vivienda: agua ( ) drenaje ( ) electricidad ( ) teléfono ( ) gas ( )
- 39.- Servicios que hay en la comunidad: pavimentación ( ) mercado ( ) recolección de basura ( ) alumbrado público ( )

**V.- OBSERVACIONES GENERALES**

**En este espacio la docente podrá registrar aquella información que le parezca importante del niño o niña que presenta algún problema para el aprendizaje.**

---



---



---



---

**Los datos que proporcionan los padres de familia o tutor, están protegidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. (IFAI).**

**V.- OBSERVACIONES GENERALES**

En este espacio la docente podrá registrar aquella información que le parezca importante del niño o niña que presenta algún problema para el aprendizaje.

---



---



---

CICLO ESCOLAR \_\_\_\_\_ Fecha de realización de la entrevista \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_ Grupo \_\_\_  
 Presentó Examen Médico: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué servicio fue referido? \_\_\_\_\_

_____ Nombre y Firma de la educadora de grupo	_____ Nombre y Firma del padre o tutor	_____ Nombre y Firma de la directora	Sello del Jardín de Niños
--	---	---	---------------------------

CICLO ESCOLAR \_\_\_\_\_ Fecha de realización de la entrevista \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_ Grupo \_\_\_  
 Presentó Examen Médico: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué servicio fue referido? \_\_\_\_\_

_____ Nombre y Firma de la educadora de grupo	_____ Nombre y Firma del padre o tutor	_____ Nombre y Firma de la directora	Sello del Jardín de Niños
--	---	---	---------------------------

CICLO ESCOLAR \_\_\_\_\_ Fecha de realización de la entrevista \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_ Grupo \_\_\_  
 Presentó Examen Médico: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué servicio fue referido? \_\_\_\_\_

_____ Nombre y Firma de la educadora de grupo	_____ Nombre y Firma del padre o tutor	_____ Nombre y Firma de la directora	Sello del Jardín de Niños
--	---	---	---------------------------

