

## GUIA PARA LA ATENCIÓN DEL PREESCOLAR

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

La información proporcionada por el padre y/o madre de familia permitirán al docente:

- 🔍 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.

Formará parte del expediente individual del alumno junto con el **Examen Médico** del Escolar.

### I.- DATOS GENERALES

- 1.- **Nombre del niño (a):** \_\_\_\_\_
- 2.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_
- 3.- Institución de la que se es derechohabiente. IMSS (  ) ISSSTE (  ) OTRO (  )  
NINGUNA (  )
- 4.- ¿Ha recibido atención educativa asistencial de otra institución? Si (  ) No (  )  
¿En cuál? \_\_\_\_\_ Tiempo de permanencia: \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTES DEL NIÑO O LA NIÑA

- 5.- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Especifique población: \_\_\_\_\_
- 6.- Desarrollo del embarazo: Normal (  ) Semanas de gestación: \_\_\_\_\_  
Con problemas (  ) Especificarlo: \_\_\_\_\_

7.- Parto: normal: ( ) cesárea: ( ) ¿se presentó algún problema al momento del parto? \_\_\_\_\_ Especificarlo: \_\_\_\_\_

8.- Lactancia: Pecho ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Biberón ( ) ¿Desde que edad? \_\_\_\_\_

9.- Presenta alguna barrera para el aprendizaje: ¿En qué? Intelectual ( )  
auditiva ( ) visual ( ) motora ( ) de habla ( ) neurológica ( )  
de comportamiento ( ) Especifique de que tipo: \_\_\_\_\_

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

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

10.- Usa prótesis o aparato ortopédico Si ( ) No ( )

De extremidades superiores ( ) de extremidades inferiores ( ) auditivos ( ) visuales ( )

Requiere del uso permanente de: lentes ( ) silla de ruedas ( ) andadera ( ) muletas ( )  
Otro: \_\_\_\_\_

11.- 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? \_\_\_\_\_

### **PARA COMPLEMENTAR REVISE INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO.**

12.- Enfermedades que ha padecido: varicela ( ) rubéola ( ) escarlatina ( )  
Hepatitis ( ) tifoidea ( ) paperas ( ) tos ferina ( ) otra: \_\_\_\_\_

13.- ¿Actualmente padece alguna enfermedad temporal o crónica? \_\_\_\_\_

¿Cual? \_\_\_\_\_

14.- Es alérgico o intolerante a: alimentos ( ) medicinas ( ) animales ( )

Plantas ( ) otros ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

15.- ¿Toma algún medicamento de forma permanente? Si ( ) No ( ) ]  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Requiere algún cuidado especial? Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

16.- ¿Presenta alguna fobia o miedo? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

17.- Duermen la mayoría de las veces: solo ( ) con sus padres ( ) hermanos ( ) familiares ( ) otros ( )

18.- Horas que duerme en promedio: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

¿Hace siesta durante el día? \_\_\_\_\_ ¿De cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Presenta algún trastorno de sueño? Si ( ) No ( ) ¿Cómo? Pesadillas ( ) Insomnio ( ) Rechina los dientes ( ) sueño tranquilo ( ) Habla o se levanta dormido ( )

19.- ¿Cuántas veces come al día? \_\_\_\_\_ Toma alimentos antes de llegar a la escuela: Si ( ) No ( ) ¿Cuáles consume frecuentemente? \_\_\_\_\_

20.- ¿Qué tipo de alimentos le gustan? \_\_\_\_\_

21.- ¿Cuántas horas al día ve televisión? \_\_\_\_\_ Solo ( ) Acompañado ( )

22.- ¿Cuáles son sus programas favoritos? \_\_\_\_\_

23.- ¿Qué actividades realizan regularmente los fines de semana?

Visitas a: familiares ( ) cine ( ) parque de diversiones ( ) museos ( ) mercado ( )  
Otros: \_\_\_\_\_

24.- Personas que viven con el niño/a:

Padre ( ) madre ( ) hermanos ( ) abuelos maternos ( ) abuelos paternos ( ) tíos ( ) primos ( ) otros: \_\_\_\_\_

25.- Edades de los hermanos y sexos: \_\_\_\_\_

26.- ¿Cuánto tiempo dedica como padre o como madre, para estar con su hijo al día? \_\_\_\_\_

27.- Ingreso familiar mensual (aproximado) \_\_\_\_\_

### III.- INFORMACIÓN FAMILIAR

28.- **Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Empresa en la que labora:** \_\_\_\_\_

**Te. Celular:** \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento (especifique el nombre de la población) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

29.- **Nombre de la madre** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Empresa en la que labora \_\_\_\_\_

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

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

30.- **Nombre del tutor:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Empresa en la que labora \_\_\_\_\_

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

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

31.- Estado civil de los padres: Casados ( ) Divorciados ( ) Unión libre ( )  
Viuda/o ( ) Madre soltera ( ) Padre soltero ( )

32.- 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: \_\_\_\_\_

**DATOS DE OTRA PERSONA QUE EN CASO NECESARIO PUEDA RECOGER AL NIÑO (A)**

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

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Teléfono(s):** \_\_\_\_\_

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

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Lugar donde trabaja:** \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES GENERALES

Este espacio es exclusivo para situaciones que no se encuentren específicas en la guía.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ciclo Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Directora

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la  
educadora de grupo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del  
Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Sello del Jardín de Niños