



## SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE VERACRUZ HISTORIAL FICHA INDIVIDUAL ACUMULATIVA PREESCOLAR

### 1. Datos de Identificación:

Escuela:  
Alumno:  
CURP:  
Grado y Grupo:

La migración de datos se realizará de la plataforma de Control Escolar de la sección 1

#### 1.1 Seguridad social:

Sin seguro    IMSS    ISSSTE    ISSFAM    Servicio Médico de PEMEX    Seguro Popular    Otra

### 2. Estado general de salud

#### 2.1 Tipo de sangre

Grupo sanguíneo:

O+    O-    A+    A-    B+    B-    AB+    AB-

#### 2.2 Historia del desarrollo

El registro del apartado 2.2 se realizará en una sola ocasión cuando el alumno ingrese al Sistema Educativo

Peso al nacer:  kg

Talla:  cm

Semanas de gestación:

Clasificación del Recién Nacido

#### Tipo de Parto

- Cesárea
- Parto natural

#### Escala de Apgar (a los 5 minutos)

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

Partera

#### Tipo(s) de lactancia

- Materna
- Artificial
- Ambos



### 2.3 Complicaciones durante y después del nacimiento

- Estuvo en incubadora
- Bajo peso al nacer
- Asfixia perinatal
- Problemas metabólicos
- Hiperbilirubinemia
- Cianosis
- Macrosomía
- Displasia de cadera
- Fractura de clavícula
- Síndrome de aspiración de meconio
- Síndrome de dificultad respiratoria

### 2.4 Desarrollo temprano

Sostuvo la cabeza (edad en meses)	<input type="text"/>	Dijo sus primeras palabras (edad en meses)	<input type="text"/>
Se sentó (edad en meses)	<input type="text"/>	Aprendió a ir al baño (edad en meses)	<input type="text"/>
Gateó (edad en meses)	<input type="text"/>	Corrió (edad en meses)	<input type="text"/>
Caminó (edad en meses)	<input type="text"/>	Salto con las dos piernas (edad en meses)	<input type="text"/>

### 2.5 Salud bucal

Se detectaron caries:  No  Sí No. Caries

Se encuentra la encía inflamada y /o sangra al cepillarse:  No  Si

Se encuentran los dientes en mala posición o chuecos:  No  Si

### 2.6 Agudeza visual

Ojo izquierdo (número de línea)

Ojo derecho (número de línea)

El registro del apartado 2.6 **Agudeza visual** y 2.7 **Agudeza auditiva** solo se registrará en 3º grado

Usa lentes:  No  Si

### 2.7 Agudeza auditiva

TA (Transmisión Aérea)  
TO (Transmisión Ósea)

Oído izquierdo  TA  TO Oído derecho  TA  TO

Usa aparato en:

Oído izquierdo:  No  Sí Oído derecho:  No  Sí



## 2.8 Problemas Posturales:

¿Se observa en el alumno algún problema postural?  No  Si

¿Utiliza algún aparato ortopédico?  No  Si

## 2.9 Antecedentes farmacológicos

Alergia a algún medicamento:  No  Si Cuál:

Alergia o intolerancia a algún alimento:  No  Si Cuál:

## 2.10 Enfermedades crónicas

Problemas Cardiovasculares (Cardiopatías)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Enfermedades crónicas respiratorias (Asma)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Hipertensión	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Depresión	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cáncer	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Lupus	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Diabetes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Insuficiencia renal	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Obesidad	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Artritis	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Desnutrición	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Epilepsia o Convulsiones	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
VIH Sida	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tuberculosis	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
			Otras enfermedades crónicas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

## 3. Desarrollo físico

Talla  cm      Peso  kg

IMC (Índice de masa corporal)

### 3.1 Aspectos neuromotores

Se muerde de las uñas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Agrede a hermanos, compañeros o vecinos	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Se jala el pelo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Golpea la cabeza	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Rechina los dientes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Huele objetos obsesivamente	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Se chupa el dedo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Fija la vista en la luz	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Se balancea	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Hace gestos o muecas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Gira sobre sí mismo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Muerde	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dificultad en la coordinación fina	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Movimientos con las manos o pies	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dificultad en la coordinación gruesa	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Se le dificulta estar sentado	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Se arranca las cejas o pestañas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Se le dificulta concentrarse	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí



#### 4. Factores que inciden en el aprendizaje escolar

##### 4.1 Reporte de evaluación anual

La migración de datos se realizará de la plataforma de Control Escolar de la sección 4.1

##### 4.2 Historia socio- familiar

Personas que viven con el alumno:

- Padres
- Madre
- Padre
- Hermanos
- Abuelos
- Tíos
- Otro

Personas con quienes pasa la mayor parte del tiempo:

- Padres
- Madre
- Padre
- Hermanos
- Abuelos
- Tíos
- Otro

Número de hermanos

Lugar que ocupa entre los hermanos:

##### 4.3 Necesidades Educativas Especiales

Migración de datos de la plataforma de Control Escolar

###### 4.3.1 Discapacidades:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autismo</li> <li><input type="checkbox"/> Baja visión</li> <li><input type="checkbox"/> Ceguera</li> <li><input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (Síndrome de Down, Déficit Cognitivo Global, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Discapacidad Motriz (Parálisis, Parálisis Cerebral, Amputaciones, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Discapacidad múltiple</li> <li><input type="checkbox"/> Hipoacusia o baja audición</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mental (Bipolar, psicosis, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Problema de comunicación y lenguaje</li> <li><input type="checkbox"/> Problema de conducta</li> <li><input type="checkbox"/> Sordera</li> <li><input type="checkbox"/> Sordoceguera</li> <li><input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo</li> <li><input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad</li> </ul> |
|---|--|

###### 4.3.2 Aptitudes Sobresalientes:

- Aptitudes Sobresalientes Intelectual
- Aptitudes Sobresalientes Psicomotriz
- Aptitudes Sobresalientes Socioafectiva
- Aptitudes Sobresalientes Creativa