|  |
| --- |
|  |

CÉDULA ÚNICA DE REGISTRO DEL ALUMNO

INDICACIONES: Este documento es estrictamente confidencial.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES DEL ALUMNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de control | | | | | | Grupo | | | | Turno | | | Semestre | | | | | | | | Especialidad | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Edad | Peso | | | | Talla | | | | | | Sexo: | | | | | | | CURP | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | H ( ) M ( ) | | | | | | |  | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nacionalidad | | Lugar de Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NSS (Número de seguridad social) | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Trabaja: Si ( ) No ( ) | | | | | | | | | | | | | | | Vive con: | | | | | | | | | | |
| En caso de trabajar, ¿Dónde?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | Mamá ( ) Ambos ( )  Papá ( ) Otros: ( )  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | Colonia | | | | | | | | | | | | Municipio | | | | | | | | Código postal | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| ANTECEDENTES ESCOLARES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de escuela donde cursó estudios de: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria | | | | | | | | | | | | Secundaria | | | | | | | | | | | | |
| Pública ( ) Particular ( ) Promedio:\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | Pública ( ) Particular ( ) Promedio:\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Para ingresar a nivel bachillerato tu primera opción fue: | | | | | | | | | | | | ¿Por qué razón elegiste ingresar a nuestro plantel? | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ¿Conoces tu estilo de aprendizaje? Si ( ) No ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Cuál es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA MADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Edad | ¿Está vivo? | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Si ( ) No ( ) | |
| Teléfono personal | | | | | | | | Teléfono del trabajo | | | | | | | | | | | | Ocupación | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Horario laboral | | | | | | | | Escolaridad | | | | | | Domicilio (calle, colonia, municipio,CP) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL PADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Edad | ¿Está vivo? | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Si ( ) No ( ) | |
| Teléfono personal | | | | | | | | | Teléfono del trabajo | | | | | | | | | | | | | Ocupación | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Horario laboral | | | | | | | | Escolaridad | | | | | | Domicilio (calle, colonia, municipio,CP) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL TUTOR  (Llenarse solo en caso de no tener datos en los dos apartados anteriores) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Edad | ¿Está vivo? | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Si ( ) No ( ) | |
| Teléfono personal | | | | | | | Teléfono del trabajo | | | | | | | | | | | | Ocupación | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Horario laboral | | | Escolaridad | | | | | | | | | | | Domicilio (calle, colonia, municipio,CP) | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ASPECTOS FAMILIARES | | | | |
| ¿En qué momento convive toda la familia? | ¿A qué lugares acudes en familia con motivo de esparcimiento? | | | ¿Cómo es la comunicación con tu familia? |
| Comida ( )  Cena ( )  Viendo T.V. ( )  Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cine ( )  Parque ( )  Eventos familiares ( )  Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Buena ( )  Regular ( )  Mala ( ) |
| ¿Con que miembro de la familia existe más confianza? | | | | |
| Nombre | | Teléfono | | Observaciones |
|  | |  | |  |
| Apartado exclusivo para el papá o mamá | | | | |
| Opinión del padre sobre su hijo(a) | | | Opinión de la madre sobre su hijo(a) | |
|  | | |  | |
| ¿Conviven con su hijo(a)? Si ( ) No ( ) | | | ¿Le dedica tiempo de calidad a su hijo(a)? Si ( ) No ( ) | |
| En qué actividades: | | | ¿Por qué considera que le dedica tiempo de calidad a su hijo(a)? | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS SOCIECONÓMICOS | | | | | |
| No. de personas que vive contigo | | | | | |
| Parentesco | Edad | Grado Escolar | Ocupación | Lugar de estudio o trabajo | Ingreso mensual |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| El principal sostén económico es:  Padre ( ) Madre ( ) Ambos ( ) Familiar ( ) El mismo alumno ( )  Tipo de vivienda:  Casa propia ( ) Departamento propio ( ) Casa en renta ( ) Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indica con cuales de los siguientes servicios y dispositivos cuentas en casa:  Internet ( ) Televisión de paga( ) Computadora ( ) Teléfono móvil Otro(especifica):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Te trasladas al plantel en:  Automóvil ( ) Transporte público ( ) Bicicleta ( ) Motocicleta ( ) Otro(especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuánto tiempo empleas para trasladarte de tu domicilio al plantel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| ÁREA PSICOLÓGICA | | | | | |
| Indique se presenta algún problema de los siguientes tipos:  Motriz ( ) Auditivo ( ) Visual ( ) De lenguaje ( )  ¿Lleva algún tratamiento?  Si ( ) No ( ) En caso afirmativo ¿En dónde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique si padece algún tipo de trastorno:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ansiedad ( ) | Estrés ( ) | Alimenticio ( ) | Agresión ( ) | | Depresión ( ) | Obsesión ( ) | Compulsividad ( ) | Bipolaridad ( ) | | | | | | |
| HÁBITOS ALIMENTICIOS | | | | | |
| ¿Consumes alimento antes de ingresar a la escuela?  Siempre ( ) Casi siempre ( ) Nunca ( )  ¿Qué tipo de alimento?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuántas veces a la semana consumes los siguientes alimentos?  Carnes rojas\_\_\_\_\_\_ Pollo\_\_\_\_\_\_ Huevo\_\_\_\_\_\_\_ Leche\_\_\_\_\_\_\_ Verduras\_\_\_\_\_\_\_ Tortillas\_\_\_\_\_  Pan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Refreso\_\_\_\_ Frutas\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuántas comidas tienes regularmente durante el día?  1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4( ) | | | | | |
| ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO | | | | | |
| Tipo de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Presenta algún tipo de alergia? Si ( ) No ( ) ¿Cuál es?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Padece alguna enfermedad crónica? Si ( ) No ( ) ¿Cuál)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Presenta alguna capacidad diferente? Si ( ) No ( ) ¿Cuál)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Tiene algún tratamiento? y ¿Cuál es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Esta vacunado con la vacuna contra el COVID-19? Si ( ) No ( )  En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Con cuántos refuerzos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  En caso de NO haberse vacunado, hay alguna razón especifica ¿Cuál es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Qué institución le brinda servicio médico?  ISSSTE ( ) IMSS ( ) INSABI ( ) PEMEX ( ) Otros (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Sr. Padre de familia, si su hijo(a) requiere de algún cuidado médico recomendado por favor especificar y agregar a esta cédula, copia del diagnostico medico expedido por una entidad de salud. | | | | | |
| En caso de EMERGENCIA comunicarse con:  Nombre (Emergencia 1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. Móvil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre (Emergencia 2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. Móvil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre (Emergencia 3): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. Móvil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

NOTA: Asumo la responsabilidad de que la información aquí contenida, es veraz y confiable, así mismo en caso de cambio de domicilio y/o números telefónicos lo haré saber de manera inmediata.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Padre o Tutor