|  |
| --- |
|  |

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