



HOJA DE VIDA

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Estudiante: _____
Nivel en el que se matricula _____ Jornada: _____
Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Edad _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____ RH: _____

2. INFORMACIÓN PRENATAL Y POSTNATAL

Nació de _____ semanas. ¿Fue canguro? Si _____ No _____
¿Hubo alguna complicación en el parto? Si _____ No _____ ¿Qué clase de complicación?

Peso al Nacer: _____ Talla al Nacer: _____
Edad en la que: _____

DESARROLLO	EDAD
Sostiene la cabeza	
Se sienta	
Gatea	
Se para	
Camina	
Dice bisílabos	
Habla	
Controla esfínteres de día	
Controla esfínteres de noche	
Come solo	
Sube escaleras sin ayuda	
Forma frases de dos palabras	

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre _____

Profesión: _____

Teléfonos de contacto: _____, _____

Fuma: Si _____ No _____

Nombre la madre _____

Profesión: _____

Teléfonos de contacto: _____, _____

Fuma: Si _____ No _____

Dirección Familiar _____

Barrio y tiempo de residencia en este: _____

Familiares con quienes vive el niño

Nombre Completo	Parentesco	Edad	Tiempo de Permanencia con el niño(a) N° hrs	Ocupación

La familia del niño(a) vive en: Casa _____ Apartamento _____ Habitación _____

El niño o niña tiene una habitación para él o ella solo (a) Si ___ No ___ en caso de no tenerla, ¿el niño o niña duerme con los adultos o en cama aparte? _____

Quien toma las decisiones con respecto a la educación de los hijos: _____

Los adultos dialogan sobre las situaciones que se presentan en la vida familiar: Si _____ No _____

Cuáles son los principales disgustos entre los adultos:

Económicos ___ Enfermedad ___ Abandono ___ Falta de Comunicación ___ Manejo de Autoridad ___ Colaboración ___ Manejo de tiempo y responsabilidades ___

Cómo solucionan los disgustos: _____

¿Algún miembro de su familia se reconoce como parte de alguna etnia? Afrocolombiano ___ Indígena ___ Gitano ___ Otro ___ Cuál _____

¿Tiene su hijo, hija, o alguna condición especial? Si ___ No ___ En caso afirmativo especifique cuál: _____

Es usted o algún miembro de su familia víctima de alguno de estos hechos:
Pérdida de un familiar por grupos armados ___ Secuestro ___ Excombatiente retirado ___
Desplazado de alguna región del país ___ Ninguna de las anteriores ___

4. RELACIONES FAMILIARES ADULTO-NIÑO (A)

¿Los adultos llaman al niño por su nombre? Si ___ No ___
Explique _____

¿Los adultos realizan actividades con el niño (a)? Si ___ No ___ Cuáles: _____

¿A quién Obedece el niño (a)? : Padre ___ Madre ___ Hermanos ___ Otros ___ ¿Quién? _____

Se le explica al niño (a) porque de las órdenes que se le dan: Si___ No___
¿Por qué? _____

Quien guía la crianza del niño (a) Padre ___ Madre ___ Hermanos ___ Otros ___ ¿Quién?

¿Cómo se corrige (o guía) al niño cuando tienen alguna dificultad (a)? -

¿Los adultos permiten que el niño (a) colabore con algunas actividades del hogar? Si___
No___ Explique: _____

¿Al niño se le permite opinar? Si___ No___ ¿En qué ocasiones? _____

El tiempo de exposición a televisión es: menos de 30 minutos al día___ más de 30
minutos al día ___ Lo que el niño o niña quiera ver___ Aún no han regulado eso. ___

¿Ha establecido normas y consecuencias a su incumplimiento en el hogar?
Si ___ No___. En caso afirmativo enúncielas.

RELACIONES FAMILIARES ENTRE HERMANOS

El niño (a) ocupa el ___ lugar entre ___ hermanos

El niño (a) y su (s) hermanos:

	SI	NO	EXPLIQUE
El hermano mayor cuida del menor			
Se apoyan unos con otros			
Hacen actividades conjuntas			
Comparten juguetes y otros			
Tienen espacios propios y los respetan			

5. ALIMENTACIÓN

Describa por favor en el siguiente cuadro la alimentación que se suministra a su hijo (a)

	HORA	ALIMENTOS QUE CONSUME/ CANTIDAD
DESAYUNO		
MEDIAS NUEVES		
ALMUERZO		
ONCES		
CENA		
OTROS		

¿El niño (a) es alérgico (a) a algún alimento? Si ___ No ___ Explique _____

6. VIGILANCIA DE SALUD

¿El niño (a) es alérgico (a) a algún medicamento? Si ___ No ___ ¿Cuál?

Enfermedades o síntomas más frecuentes en el niño (a) en los últimos 3 meses:

Diarrea ___ Vómito ___ Brotes ___ Enfermedades respiratorias ___ Otras ___

Cuáles _____

¿Ha sufrido enfermedades graves? Si ___ No ___

Explique _____

¿Asiste al niño a los controles de crecimiento y desarrollo? Si ___ No ___

¿Cuándo fue la última vez que asistió? Hace 1 mes ___ Hace 3 meses ___

Más de 6 meses ___ Más de un año ___

Tiene el esquema de vacunación al día: Si ___ No ___

7. INTERESES DEL NIÑO O NIÑA

En casa, cuál es la actividad que le genera mayor satisfacción a su hijo (a):

Ver televisión: ___ Jugar con sus juguetes ___ Hacer Proyectos ___

Jugar con hermanos y/o amigos ___ Salir a pasear ___ Otro: _____

Cuál es el libro favorito del niño (a) _____

Cuál es el juego y el juguete favorito del niño (a): _____

Qué intereses particulares tiene el niño (a): _____

¿Tiene el niño (a) alguna actividad extracurricular? Si ___ No ___

Cuál _____

Hacia cuál de las siguientes actividades se siente su hijo (a) más atraído (a):

Juegos de palabras, retahílas o poesía ___ Rompecabezas o experimentos___
Proyectos de arte, fotografía, video___ Deportes, teatro o baile___ Relación con otras
personas, ayuda a otros___ Reflexiones sobre si mismo___ Proyectos sobre la naturaleza y
animales___ Personificación, solución de problemas___, Literatura___

Especifique por favor la rutina de su hijo en casa:

HORA	ACTIVIDAD	ESPECIFICACIONES
7AM-9AM		
9AM-11AM		
11-1PM		
1-3PM		
3-5PM		
5-7PM		

¿Hay algún tipo de información relevante que nos quiera aportar en relación con su hijo (a)? (Alimentación, siesta, actividades de interés, Etc.)

Agradecemos Sinceramente su tiempo y dedicación al llenar esta hoja de vida de su hijo (a). Igualmente les manifestamos que la información aquí contenida se utilizará para fines institucionales y se garantiza su total reserva.

ALBINIA OVIEDO
Directora