

**CUESTIONARIO DE ADMISIÓN**  
**PRIMER SEPTENIO**  
**KINDERGARTEN A 1° BÁSICO**

**DATOS DEL NIÑO(a)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_

Curso al que postula: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Kindergarten anterior: \_\_\_\_\_

Fecha recepción: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

### 1. DATOS DE LOS PADRES

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja?: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del papá: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja?: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## ENTREVISTA

1. Fue un niño(a) esperado (a)

---

2. ¿Cómo fue el embarazo?

a) físicamente \_\_\_\_\_

---

b) anímicamente \_\_\_\_\_

---

3. ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

---

4. ¿Fue amamantado? \_\_\_\_\_

5. ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_

6.- ¿Qué enfermedades ha tenido?

Pestes infantiles: \_\_\_\_\_

Alérgicas: \_\_\_\_\_

Respiratorias: \_\_\_\_\_

Accidentes: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha presentado problemas?

Neurológicos: \_\_\_\_\_

Motores: \_\_\_\_\_

Lenguaje (modulación): \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tratamiento específico? \_\_\_\_\_

¿A través de qué tipo de medicina fue tratado? \_\_\_\_\_

¿Quién es su pediatra? \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo duerme el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿A qué hora se duerme y se levanta? \_\_\_\_\_

¿Qué gustos alimenticios tiene? \_\_\_\_\_

¿Come bien? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su digestión? \_\_\_\_\_

9. A qué edad

Caminó: \_\_\_\_\_

Controló esfínter: \_\_\_\_\_

Gateó: \_\_\_\_\_

¿Usó andador?: \_\_\_\_\_

Habló: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha ido a Sala Cuna? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a ir al Jardín Infantil? \_\_\_\_\_

11. ¿Con quién vive el niño? (dar detalles).

---

---

---

12. ¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ ¿qué número es él (ella)? \_\_\_\_\_

¿Cómo se lleva con ellos? \_\_\_\_\_

---

13. ¿Con quién pasa el día el niño? (mañana y tarde) (ritmo diario) \_\_\_\_\_

---

---

---

14. ¿Que juegos y actividades prefiere? \_\_\_\_\_

---

---

15. ¿Cómo se relaciona con otros niños? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Ve televisión? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de programas prefiere? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en el día y a qué hora? \_\_\_\_\_

17. ¿Usa el computador? \_\_\_\_\_

¿Para jugar? \_\_\_\_\_ ¿Qué juegos? \_\_\_\_\_

¿Para chatear? \_\_\_\_\_ ¿Para otros fines? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Promedio diario de uso: \_\_\_\_\_

18. ¿Cómo se relacionan ustedes con el niño(a) ¿Qué tipo de límites le imponen?

Mamá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Papá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. ¿Cómo describe a su hijo(a)? *(Lo más objetivamente posible)*

Mamá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Papá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿Qué otros intereses o actividades extra tienen ustedes fuera del trabajo?

Mamá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Papá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Cómo llegaron a este Colegio?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. ¿Qué preguntas o inquietudes tienen respecto al Colegio?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Otras Observaciones que desee hacer:

---

---

---

---

24. Se incluyen los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento (original y actualizado)
- Informes :   Psicopedagógico   
                  Neurológico   
                  Sicológico
- Informe del Jardín o colegio anterior
- Otro

Nombre y firma de quienes respondieron:

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_