



**COLEGIO GUATEMALTECO BILINGÜE**  
0 avenida 0-00 zona 16, ACATÁN, SANTA ROSITA  
TELÉFONO 22559540 / 22559543  
colguatemalteco\_bilingue@yahoo.com

FOTO

**PRE-SOLICITUD PARA INGRESO A KINDERGARTEN AÑO:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ALUMNO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS PADRES**

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

No. De Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Título profesional o nivel académico (grado más alto que haya cursado)

\_\_\_\_\_  
Empresa o Institución donde trabaja

Puesto que desempeña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

No. De Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Título profesional o nivel académico (grado más alto que haya cursado)

\_\_\_\_\_  
Empresa o Institución donde trabaja

Puesto que desempeña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### PRE - NATAL

¿Cuál fue el número de embarazo con su hijo? \_\_\_\_\_

Enfermedades durante el embarazo, dificultades y/o accidentes:

---

### HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

Dificultades, tendencia a caerse o golpearse SI / NO

Habilidades para correr \_\_\_\_\_ saltar \_\_\_\_\_ pararse sobre un pie \_\_\_\_\_

Dominancia lateral manual: IZQUIERDA \_\_\_\_\_ DERECHA \_\_\_\_\_

### HABLA

Dificultades para pronunciar (subraye) omisión, sustitución o distorsión de fonemas

¿Cómo es su pronunciación?

---

Reacciona cuando se le llama por su nombre SI / NO ¿Se le entiende bien cuando habla en casa? SI / NO

¿Responde cuando se le habla? SI / NO. - Habla demasiado, rápido, lento, normal.

Su voz es: normal / alterada. ¿Grita al hablar? SI / NO

### HISTORIA MÉDICA

Estado de salud actual: \_\_\_\_\_

Principales enfermedades: \_\_\_\_\_

Medicamentos consumidos frecuentemente: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

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

Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento \_\_\_\_\_ convulsiones \_\_\_\_\_ mareos \_\_\_\_\_

Operaciones SI / NO ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Exámenes realizados (neurológico, audiológico, psiquiátrico, psicológico u otros)

Resultados: \_\_\_\_\_

Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento \_\_\_\_\_

### CONDUCTA Y JUEGO

¿Cuáles son sus aficiones, entretenimientos y habilidades?

---

¿Practica algún deporte? SI / NO ¿Cuáles?

---

Describe el temperamento y carácter de su hijo/a:

---

