

FICHA DE REGISTRO DEL ALUMNO

CECYTE EL NIÑO

Fecha

Nombre Matrícula Turno Matutino Vespertino
Grupo Semestre Especialidad
¿ Estás en la Carrera y Turno que Tú Querías? Sí No ¿ Qué Era lo Mejor para Tí ?

Datos Generales del Alumno

Edad Fecha de Nacimiento Sexo Masculino Femenino
Dirección
Colonia Municipio Estado
Código Postal Teléfono de Casa Celular Correo Electrónico
Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Hijos: Sí No Edades:
¿ Porqué Estás Estudiando ?

Datos Escolares

Nombre de la Escuela de Procedencia

Primaria
Secundaria

¿ Cuántas Materias Reprobaste en la Secundaria ? ¿ Cuáles ?
¿ Cómo Consideras la Preparación Recibida en la Secundaria ? Insuficiente Regular Buena Excelente
¿ Porqué ?
¿ Cómo Consideras la Calidad de Enseñanza de los Maestros? Insuficiente Regular Buena Excelente
¿ Porqué ?
¿ Cómo Consideras tu Éxito como Estudiante a la Fecha? Insuficiente Regular Buena Excelente
Para Ingresar al Nivel Bachillerato, ¿Cuál fué tu Primera Opción al Escoger Escuela?
 COBACH CEBATIS CONALEP CETIS CECYTE Otra ¿Cuál ?
¿ Por qué elegiste ingresar a CECYTE EL NIÑO ?

¿ Has Estudiado en otra Preparatoria Anteriormente? Sí No
¿ EnCuál ? ¿Por Cuántos semestres?
Motivo de Salida

Datos Generales Familiares

Nombre del Padre o Tutor Vive Sí No

Teléfono de Casa Celular Correo Electrónico

Edad Escolaridad Trabaja Sí No

¿ Dónde ? Horario

Puesto u Ocupación Sueldo Aproximado por Mes

Estado Civil Soltero Casado Unión Libre Viuda

¿ Tiene Alguna Enfermedad Crónica ? Sí No ¿ Cual (es) ?

Nombre del la Madre Vive Sí No

Teléfono de Casa Celular Correo Electrónico

Edad Escolaridad Trabaja Sí No

¿ Dónde ? Horario

Puesto u Ocupación Sueldo Aproximado por Mes

Estado Civil Soltero Casado Unión Libre Viuda

¿ Tiene Alguna Enfermedad Crónica ? Sí No ¿ Cual (es) ?

Escribe los Datos de Todas las Personas que Viven Contigo Aparte de tus Padres:

Nombre	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿ Eres Derechohabiente de Alguna Institución de Salud? IMSS ISSSTE ISSSTECALI Seguro Popular Otra

¿Cuál ?

Datos Socioeconómicos

¿ Trabajas ? Sí No ¿ Dónde ? Teléfono

¿ Sueldo Aproximado por Mes ? Horario ¿ Solventas tus Gastos de la Escuela ? Sí No

Tu Principal Sostén Económico es: Padre Madre Otro . Quién ?

Aparte de Tí, ¿ Cuántas Personas Dependen Económicamente de tus Padres ?

¿ Cuentas con Todo lo que Necesitas para Estudiar ? Sí No ¿ Qué te Falta ?

¿ Cuántas Veces a la Semana Consumes los Sigüientes Alimentos ?

Alimento	Número de Veces	Alimento	Número de Veces	Alimento	Número de Veces	Alimento	Número de Veces
Carne	<input type="text"/>	Huevo	<input type="text"/>	Tortilla	<input type="text"/>	Refresco	<input type="text"/>
Pollo	<input type="text"/>	Leche	<input type="text"/>	Pan	<input type="text"/>	Dulces	<input type="text"/>
Pescado	<input type="text"/>	Verduras	<input type="text"/>	Comida Chatarra	<input type="text"/>		

Datos de la Vivienda

Tipo de Vivienda: Casa Departamento Cuarto de Vecindad Vivienda Rural Otra

¿ Se Paga Renta ? Sí No ¿ Cuánto paga al Mes ?

¿ De qué Material es tu Casa ? Block Ladrillo Lámina Madera Cartón Otro ¿Cuál ?

¿ Cuántas Habitaciones Tiene tu Casa ?

El Lugar Donde Vives ¿ Con qué Servicios Cuenta ?

Energía Eléctrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agua Potable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Drenaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicio de Recolección de Basura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Televisión Abierta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tienes Televisión por Cable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Línea Telefónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tienes Internet	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Señala con Cuáles de los Sigüientes Aparatos Cuentan en tu Casa. De ser Más de uno Anota También el Número :

Aparato	Cantidad	Aparato	Cantidad
Refrigeración	<input type="text"/>	Abanico de Piso o techo	<input type="text"/>
Lavadora de Ropa	<input type="text"/>	Videograbadora	<input type="text"/>
Secadora de Ropa	<input type="text"/>	Computadora	<input type="text"/>
Refrigerador	<input type="text"/>	Televisión	<input type="text"/>
Calentador de Agua	<input type="text"/>	Reproductor de DVD	<input type="text"/>
Estufa con Horno	<input type="text"/>	Fregadero	<input type="text"/>
Microondas	<input type="text"/>	Tostador de Pan	<input type="text"/>

¿ Con Cuántos Automóviles Cuentan en tu Casa ?

¿ Cuentas con Automóvil Propio ? Sí No Marca Año

¿ Tienes Celular ? Sí No ¿ Cuánto Gastas por Mes ?

Aspectos Personales

¿ Te Apoyan y Motivan tus Padres para que Estudies ? Sí No ¿ Porqué ?

¿ Estás tomando Algún Tratamiento Médico ? Sí No ¿ Cuáles ?

¿ Lo Traes Contigo el Medicamento ? Sí No ¿ Cuáles ?

¿ Usas lentes ? Sí No Tienes: Miopia Hipermetropia Otro ¿Cuál ?

¿ Qué Enfermedades o Cirugías has Padecido ?

¿ Vives con tus padres ? Sí No ¿ Con Quién Vives ?

¿ Estan Divorciados tus Padres ? Sí No ¿ Desde Cuándo ?

¿ Tienes Madrastra o Padrastro ? Sí No ¿ Cómo es tu Relación con Ellos ?

¿ Qué Número de Hijo Eres ?

¿ Tienes Medios Hermanos ? Sí No Edades ¿ Viven Contigo ?

¿ Tienes Problemas con Alguien de tu Familia ? Sí No ¿ Porqué ?

¿ Hay Violencia Física, Verbal, Psicologica en tu Familia ? Sí No ¿Cuál ?

¿ Hay Alguien en tu Familia que Tenga Problemas con el Alcohol o Drogas ? Sí No ¿ Quién ?

¿ Está en Tratamiento ?

¿ Tienes Alguna Enfermedad, Limitación o Situación que te Impida Estudiar o Aprender Correctamente ?

¿ Cuáles son tus Fortalezas ?

¿ Cuáles son tus Debilidades ?

¿ Tienes Novio (a) Sí No ¿ Desde Cuándo ?

¿ Están de Acuerdo tus Padres con tu Relación ? Sí No ¿ Porqué ?

¿ Eres Sexualmente Activo (a) Sí No ¿ Usas Anticonceptivos ? ¿ Cuáles ?

¿ Tienes la Capacidad Intelectual para no Reprobar ? Sí No ¿ Porqué ?

¿ Tienes la Motivacion Necesaria para Terminar el Bachillerato ? Sí No ¿ Porqué ?

¿ Qué te Podría Impedir en un Futuro Terminar el Bachillerato ?

¿ Practicas algún Deporte ? Sí No ¿Cuál ? ¿ Con qué Frecuencia ?

¿ Practicas Alguna Actividad Artística ? Sí No ¿Cuál ?

¿ Con qué Frecuencia ?

¿ Has Participado en Algún Tipo de Concurso ? Sí No ¿ De Qué ?

¿ Cuando Llegas a la Escuela, Ya Consumiste Alimentos ? Sí No ¿ Cuántas Comidas Caces al Día ?

¿ En Qué Momento Convives con tu Familia ? En la Comida En la Cena Viendo TV Otro

¿Cuál ?

¿A qué Persona de tu Familia le Tienes más Confianza ?

¿ Cómo es la Comunicación con el Resto de tu Familia? Buena Regular Mala

¿ En Algún Momento de tu Vida has Acudido a un Psicólogo ? Sí No

¿ PorCuál Motivo ?

¿ Qué Actividades Realizas en tu Tiempo de Ocio ?

¿ Aparte de la Escuela Cuanto Tiempo le Dedicas al Día para Estudiar ?

¿ Existe Delincuencia Cerca de tu Casa ? Sí No ¿ Qué Clase de Delincuencia hay ?

¿ Perteneces a una Pandilla ? Sí No

¿ Tienes Amistad con Alguna Persona que use Drogas ? Sí No

¿ Has Probado Algún Tipo de Droga ? Sí No ¿Cuál ?

¿ Tienes ya Bien Definido que Carrera vas a Estudiar ? Sí No

¿Cuál o Cuales Carreras Profesionales te Gustaría Estudiar ?

¿ Te Sientes Capacitado y Motivado para Lograrlo ? Sí No ¿ Qué te lo Podría Impedir ?

¿ Qué Podrían Hacer los Maestros y Tutores por Tí ?

Describe tus Métodos de Estudios

¿ Dónde Estudias con mas Frecuencia ?

¿ Con Quién Estudias con mas Frecuencia ?

¿ Que Materiales de Consulta Usas para Estudiar ?

Gracias por tu Información

Departamento de Tutorías, CECYTE EL NIÑO

2011