

CÉDULA ÚNICA DE REGISTRO DEL ALUMNO

Orientación Educativa

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 específica ¿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: _____

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



2026
año de
Margarita
Maza