



## Ficha de Antecedentes 2023

NIVEL: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fono casa: \_\_\_\_\_ Celular Mamá: \_\_\_\_\_ Celular Papá: \_\_\_\_\_

Apoderado \_\_\_\_\_

Encargado de cancelar mensualidades \_\_\_\_\_

E-Mail para recibir las comunicaciones \_\_\_\_\_

¿Con quién se moviliza el niño/a al Kinderland?

Llegada: \_\_\_\_\_

Retirada: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Actividad/Profesión: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Actividad/Profesión: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Situación Conyugal: Casados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Religión: Católica \_\_\_\_\_ Evangélica \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

¿Quiénes viven con el niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Nombre del (los) hermano(s): \_\_\_\_\_

Marque el lugar que ocupa el niño/a entre los hermanos: 1 2 3 4 5 6

### Teléfonos de emergencia: (Por prioridad)

Fono	Pertenece a
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

## Antecedentes del Desarrollo

### **Embarazo:**

Dificultades y/o enfermedades durante la gestación Si \_\_\_ NO \_\_\_

Cuáles: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

### **Parto:**

De término: \_\_\_\_\_ Prematuro: \_\_\_\_\_

Se sentó a los: \_\_\_\_\_ Caminó a los \_\_\_\_\_

Imitó palabras a los \_\_\_\_\_ Habló (10 palabras) a los: \_\_\_\_\_

### **Control de esfínteres:**

SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Avisa cuándo va al baño? \_\_\_\_\_

### **Morbilidad:**

**Enfermedades Crónicas** SI \_\_\_ NO \_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

**Cirugías realizadas** SI \_\_\_ NO \_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

**Fracturas** SI \_\_\_ NO \_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

**Quemaduras** SI \_\_\_ NO \_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

**Otro antecedente importante de salud:** Cardiopatías  / Asma   
/ Convulsiones Febriles  / Epilepsia  / Constipación Crónica   
/ Pronación Dolorosa  / Trastorno del Espectro Autista: TEA leve   
/ TEA severo  / Otro : \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento; \_\_\_\_\_

**¿Asiste o asistió a Fonoaudiólogo?** SI \_\_\_ NO \_\_\_ \_\_\_\_\_

**¿Sufre de alergias?** SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

**¿Sufre de: Alergia Alimentaria \_\_\_ / Intolerancia a la Lactosa \_\_\_ o al Gluten \_\_\_?**

**¿Alimentos prohibidos por prescripción médica?**

---

**Sistema de Salud:**

Isapre: \_\_\_\_\_ Fonasa: \_\_\_\_\_ Particular: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_

Ha asistido antes a Sala Cuna o Jardín Infantil SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Razón por la que Ud. decidió matricular a su hijo / hija en este establecimiento.  
Marque con una X

<input type="checkbox"/>	Buenas referencias
<input type="checkbox"/>	Hermanos, primos han asistido a este jardín
<input type="checkbox"/>	Idioma Alemán / continuidad Colegio Alemán
<input type="checkbox"/>	Calidad del equipo profesional
<input type="checkbox"/>	Proyecto educativo
<input type="checkbox"/>	Prestigio
<input type="checkbox"/>	Infraestructura
<input type="checkbox"/>	Cercanía

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Autorizo a ser mudado o cambiado de vestuario si es necesario por la Asistente de Párvulos.

\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Autorizo a mi hijo/a a participar de los paseos que se realizarán durante las jornadas pedagógica, previo aviso.

\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Autorizo la publicación de fotos en la página WEB del jardín.

\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Recibí y leí el Reglamento Interno

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONOCIENDO A \_\_\_\_\_**  
(nombre del niño/a)

¿Cuáles son sus juegos y juguetes favoritos?

---

¿Comparte con más niños?

---

¿Cómo reacciona su hijo/a cuando ustedes salen? ¿Se despiden?

---

¿Qué cosas le producen tristeza?

---

¿Qué le asusta?

---

¿Con quién duerme? Y ¿a qué hora se duerme y despierta?

---

¿Duerme siesta?

---

¿Usa chupete?, ¿en qué horario?

---

¿Se expresa verbalmente?, ¿hay intención comunicativa?

---

Encierre en un círculo las características que más describen la personalidad de su hijo/a:

ORDENADO/A – SOCIABLE – ALEGRE – TÍMIDO/A – ACTIVO/A

TRANQUILO/A – CARIÑOSO/A – CONVERSADOR/A

OBEDIENTE – RETRAIDO/A – CREATIVO/A – CALLADO/A

SEGURO/A – CURIOSO/A – AVENTURERO/A – INTENSO/A –

INDEPENDIENTE – DISTRAIDO/A – GENEROSO/A

SENSIBLE – EXPLORADOR/A – BRUSCO/A



## FICHA INCORPORACION A POLIZA DE SEGURO JARDIN INFANTIL KINDERLAND

**Razón Social**

**SOCIEDAD EDUCACIONAL KINDERLAND LIMITADA**

**RUT**

**77.858.570 -7**

**Dirección**

Callejón Massmann  
Nº 416

**Teléfono**

45 2 911605

**Comuna**

Temuco

**Ciudad**

Temuco

### **Antecedentes asegurado**

Rut	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres

Fecha de nacimiento	Sexo		
	Femenino		Masculino

Dirección (calle, número, depto.)	Comuna	Ciudad

### **Antecedentes del apoderado**

Rut	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Parentesco

Correo electrónico	Teléfono

\_\_\_\_\_  
Apoderado

\_\_\_\_\_  
Jardín infantil Kinderland