

Ficha de Antecedentes 2026

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

# Antecedentes Personales

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

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

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

Fono casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular Mamá: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Celular Papá: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular de otro familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apoderado/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Encargado/a 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 padres: Casados Separados\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Nombre del/los hermanos/as: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque el lugar que ocupa el/la 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:**

¿Presentó dificultades y/o enfermedades durante la gestación? SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa cuáles y cuando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Parto:

# De término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prematuro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de semanas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Duración de la lactancia materna en meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  Hitos del desarrollo (en meses):

Se sentó a los: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Caminó a los: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habló (10 palabras) a los: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Control de esfínteres:

# Diurno: \_\_\_\_\_\_\_\_Nocturno: \_\_\_\_\_\_ ¿Avisa cuando necesita ir 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 (leve, moderado, severo): \_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico:

*Tratamiento:*

## ¿Presenta alergias? SI

NO

¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia Alimentaria \_\_\_\_\_\_ Intolerancia a la Lactosa \_\_\_\_\_\_\_\_ o al Gluten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***¿Alimentos prohibidos por prescripción médica?***

***Ha asistido a alguna terapia con profesionales de:*** Fonoaudiología \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Terapia ocupacional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Psicología Infantil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Buenas referencias |
|  | Hermanos, primos han asistido a este jardín |
|  | Idioma Alemán / continuidad Colegio Alemán |
|  | Calidad del equipo profesional |
|  | Proyecto educativo |
|  | Prestigio |
|  | Infraestructura |
|  | Cercanía |

Otros:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   | Autorizo a ser mudado o cambiado de vestuario si es necesario |
| SI | NO | por la Asistente de Párvulos. |
|   |   | Autorizo a mi hijo/a a participar de los paseos que se realizarán |
| SI | NO | durante las jornadas pedagógica, previo aviso. |
|  SI |  NO |  Autorizo la publicación de fotos grupales en la página web e Instagram del jardín. |
|  SI |  NO | Leí el Reglamento Interno (disponible en www.kinderland.cl) |

Fecha Firma

## CALLEJON MASSMANN 416, TEMUCO jardininfantil@kinderland.cl

 FONO 4529 1 1 6 0 5

**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?

Marque 5 características que mejor describan a su hijo/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ordenado/a |  | sociable |  | alegre |  | tranquilo/a |  |
| activo/a |  | conversador/a |  | creativo/a |  | curioso/a |  |
| tímido/a |  | explorador/a |  | intenso/a |  | distraído/a |  |
| independiente |  | generoso/a |  | sensible |  | generoso/a |  |
| callado/a |  | cariñoso/a |  | observador/a |  | brusco/a |  |



Carta Simple de Compromiso

 Yo……………………………………………………………….Rut …………………………………..

 Apoderado/a de…………………………………….. del nivel……………………………….

 Con fecha………………………..

 Me comprometo a pagar 10 cuotas de $..................... mensuales, independiente

de la asistencia de mi hijo/a.

 Firmo conforme,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FICHA INCORPORACION A POLIZA DE SEGURO JARDIN INFANTIL KINDERLAND

**Razón Social RUT**

**77.858.570 -7**

**SOCIEDAD EDUCACIONAL KINDERLAND LIMITADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección** | **Teléfono** |  | **Comuna** | **Ciudad** |
| Callejón Massmann Nº 416 | 45 2 911605 |  | Temuco | 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