



## **INGRESO DE NIÑOS AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.**

### **OBJETIVO**

Dar atención a los hijos e hijas de las madres trabajadoras de base de Gobierno del Estado, durante sus horas de labores, prestando el servicio a niños de 1 año hasta 5 años de edad considerando la edad para lactantes y maternales al 31 de septiembre, y para niveles de 1ro., 2do., y 3ro. de preescolar hasta el 31 de diciembre.

Proporcionando una atención integral en las áreas: Social, Nutricional, Médica, Pedagógica y Psicológica preventiva, tiempo durante el cual se le da la tranquilidad a las mamás de que sus hijos están bien atendidos, mientras ellas trabajan.

### **NORMAS DE OPERACIÓN**

- ◆ Las madres trabajadoras de Gobierno del Estado disfrutarán del servicio del Centro de Desarrollo Infantil no.1 en el horario de recepción de 8:00 a 9:00 a.m. y de entrega de 14:00 a 15:00 p.m. (Contando con una tolerancia posterior, en la llegada de 10 minutos y de 15 en la salida).
- ◆ Los formatos de las solicitudes de inscripción se reciben únicamente en este Centro, donde quedarán registradas en orden cronológico en base a la edad y fecha de solicitud esta última es de vital importancia, ya que se toma en cuenta la antigüedad de la misma.
- ◆ El formato de solicitud de inscripción, deberá contener la información del niño, de la madre trabajadora y del padre, anexando una copia del acta de nacimiento del niño y copia del último talón de cheque de la mamá.
- ◆ Previo al inicio del trámite de ingreso se efectúa una valoración de disponibilidad en cada sala (espacios por cubrir) determinando con ello el número de niños a los que se les dará ingreso y que las edades de los niños correspondan al que se requieren en cada sala.
- ◆ El área de Trabajo Social, llenará las fichas de identificación con datos del niño, de los padres y de las personas que estarán autorizadas para recoger al niño.
- ◆ Asimismo llenará el formato de estudio socioeconómico, que debe de contener información sobre los gastos de toda la familia del niño (el cual es factor fundamental para valoración en el ingreso del menor); anexando la siguiente documentación: en original.



- Número variado de fotografías tamaño infantil del niño, dependiendo de las personas adultas autorizadas
  - 2 fotografías tamaño infantil de la mamá
  - 2 fotografías tamaño infantil del papá
  - 2 fotografías tamaño infantil de las personas autorizadas para recoger al niño, así como la respectiva autorización por escrito de la madre.
  - Original y copia del último comprobantes de pago de los padres.
  - Original y 3 copias del acta de nacimiento del niño.
  - Original y 2 copias de la cartilla de vacunación del niño.
  - Original y 3 copias de la CURP del niño.
  - Original y copia de la credencial de elector de los padres del menor.
  - Original y copia reciente del comprobante de domicilio.
  - Original y copia de las constancias actualizadas de trabajo de los padres; la de la madre será expedida por el área de personal de la unidad administrativa a la que corresponde donde especifique: nombre, dependencia de adscripción, dirección teléfono, categoría, No. De empleado, sueldo y horario de labores validándose por la firma del jefe inmediato y sello de la dependencia.
  - Copia de la credencial del sindicato al que esta afiliada la madre.
  - Copia del alta del ISSSTE del niño.
  - 2 copias de la CURP de la madre.
  - Las Originales son únicamente para cotejar con las copias.
- 
- ◆ En el área de Servicios Médicos se llena la historia clínica con datos del niño y datos de la familia, como su nombre lo indica son antecedentes de salud de los familiares y del niño, realizando una valoración directa del estado de salud actual del menor, se deberá anexar la copia de la cartilla de vacunación y los análisis de laboratorio (biometría hemática, examen general de orina, coproparasitoscopico en serie de tres, cultivo de exudado faríngeo, grupo sanguíneo y R.H.)
  - ◆ En el área de Psicología, se aplica el formato de la historia clínica psicológica, con datos del niño igualmente con antecedentes personales y familiares, información que facilita el análisis del desarrollo psicológico del menor.
  - ◆ Las solicitudes que no fueron aceptadas se archivan, quedando en lista de espera para que el siguiente año puedan tener la posibilidad de ingreso, descartando aquellas en que las madres no requieran del servicio o no tengan derecho a ingreso.



<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>			<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
	<b>05</b>	<b>NOV</b>	<b>2012</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENDI No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.</b>				<b>CÓDIGO</b>	
				<b>DGA CENDI/01</b>	
<b>ÁREA: DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION</b>			<b>CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 GOBIERNO DEL ESTADO</b>		

<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>ACT. No.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>FORMATO O DOCTO.</b>
MADRE TRABAJADORA	1	Efectúa el llenado de formato de solicitud de inscripción (O). Distribuye formato de solicitud de inscripción de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Original -- Expediente Trabajo Social</li> </ul>	- SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
TRABAJADORA SOCIAL	2	Recibe formato de solicitud, y archiva hasta la fecha de inscripción.	
	3	Separa solicitudes por antigüedad y selecciona los formatos por edades de los niños.	
DIRECTORA	4	Revisa, selecciona y autoriza las solicitudes para trámite de ingreso de los niños según lo marcan los Lineamientos Operativos de los CENDI (Centros de Desarrollo Infantil del Gobierno del Estado) en sus generalidades y turna a la Trabajadora Social.	
TRABAJADORA SOCIAL	5	Llama telefónicamente a las madres seleccionadas, se les cita para realizar trámite de ingreso, solicitándole la documentación necesaria, del área médica (análisis clínicos de laboratorio y trabajo social).	
	6	Realiza llenado del formato de identificación del niño (O) y el llenado del formato del estudio socioeconómico (O), mediante entrevista con la madre trabajadora, anexa requisitos y archiva en expediente del niño e indica a la madre pase con el médico.	- FICHA DE IDENTIFICACIÓN. - ESTUDIO SOCIOECONÓMICO - REQUISITOS
MÉDICO	7	Realiza llenado de formato de historia clínica médica y continua al siguiente día con la exploración física del niño (a).	- HISTORIA CLÍNICA MÉDICA. - CONTROL DE PESO Y TALLA



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	2	4
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENDI No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.				CÓDIGO	
ÁREA: DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION				DGA CENDI/01	
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 GOBIERNO DEL ESTADO					

AREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCTO.
MÉDICO	8	<p>Recibe de la madre trabajadora análisis clínicos de laboratorio del niño y le indica, pase con el Psicólogo.</p> <p><b>NOTA:</b> en caso de encontrar alguna alteración en los resultados de los análisis, se suspende al niño temporalmente y con resultados adecuados el menor podrá reincorporarse a la institución.</p>	- ORDEN DE ANALISIS CLINICOS DE LABORATORIO
PSICÓLOGO	9	Realiza llenado del formato de Entrevista Psicológica a la madre (O) y valora el desarrollo general del niño en base a su edad.	- ENTREVISTA PSICOLOGICA
DIRECTORA	10	Realiza reunión con las áreas de Trabajo Social, Medica, Psicológica y Pedagogía en caso de ser necesario, y en conjunto analizan los datos obtenidos en las entrevistas, así como el resultado de los análisis clínicos, para decidir si el niño esta apto para el ingreso al CENDI.	
	11	<p><b>NO SE CONSIDERA APTO PARA EL INGRESO</b></p> <p>Rechaza solicitud, indicando los motivos, incluyendo la fecha y la firma.</p> <p><b>Termina Procedimiento</b></p>	
	12	<p><b>SE CONSIDERA APTO PARA EL INGRESO</b></p> <p>Revisa que todos los requisitos que se señalan en las normas de operación estén completos y correctos y los integra al expediente</p>	



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	3	4
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENDI No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.				CÓDIGO	
ÁREA: DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION				DGA CENDI/01	
			CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 GOBIERNO DEL ESTADO		

AREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCTO.
DIRECTORA	13	<p><b>NO REUNE REQUISITOS</b></p> <p>Se rechaza la solicitud.</p> <p><b>NOTA:</b> Las solicitudes que no fueron aceptados se archivan quedando en lista de espera para que el siguiente año puedan tener la posibilidad de ingreso descartando aquellas en las que las madres ya no requieran el servicio o no tengan derecho a ingreso.</p> <p><b>Termina Procedimiento</b></p>	
	14	<p><b>REUNE REQUISITOS</b></p> <p>Autoriza la inscripción del niño.</p>	
	15	<p>Realiza reunión con las áreas de Trabajo Social, Medica, Psicología, y Pedagogía donde darán a conocer su función a las madres beneficiadas con el servicio, se les entregara la carta de aceptación, por parte del área de Trabajo Social, así mismo recibirá la lista de material didáctico y de aseo, que entregara la madre al CENDI para el uso y aprovechamiento de su hijo (a), por parte del área de Pedagogía.</p>	
	16	<p>Notifica a las instancias correspondientes la alta del niño (a), con el objetivo de efectuar los descuentos correspondientes vía nomina por concepto de guardería.</p> <p><b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b></p>	



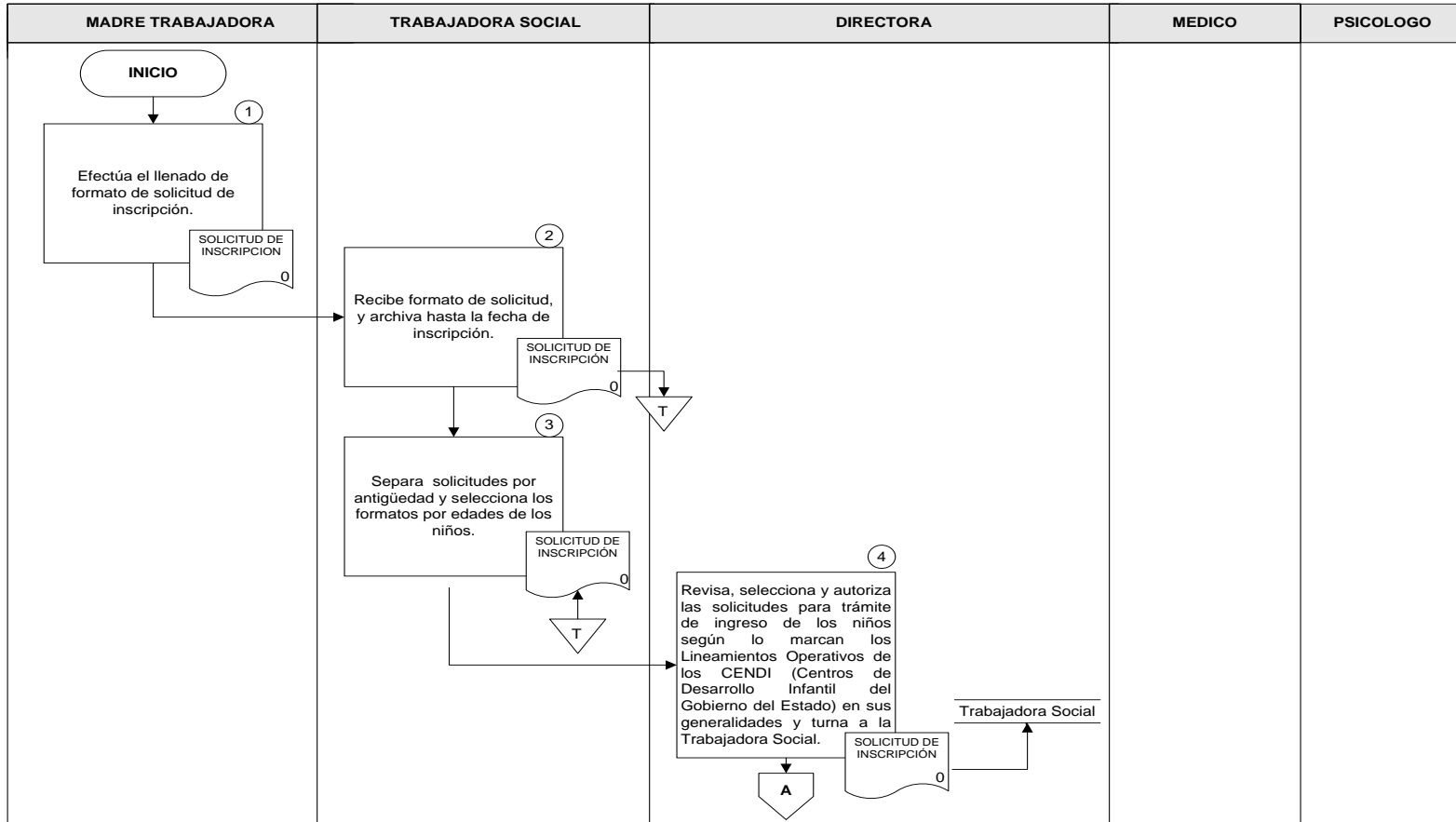
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>			<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
	05	NOV	2012	4	4
<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENDI No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.</b>				<b>CÓDIGO</b>	
				DGA CENDI/01	
<b>ÁREA: DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION</b>			<b>CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 GOBIERNO DEL ESTADO</b>		

<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>ACT. No.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>FORMATO O DOCTO.</b>
-------------------------	-----------------	-----------------------------------	-------------------------

<b>VALIDÓ</b>	<b>ELABORÓ</b>	<b>ÁREA RESPONSABLE</b>	<b>AUTORIZÓ</b>
Director de Normatividad	Director Administrativo	Directora del CENDI No.1	Directora de General de Administración
Lic. Rodrigo Salvador Maciel Chávez	M.A. Raúl E. Polanco Plazola	Lic. Karina Elayne García Ramírez	Lic. Zaira Rivera Véliz



<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>			<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
	05	NOV	2012	1	5
<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENTREO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT</b>				<b>CÓDIGO</b>	
				DGA CENDI 1/01	
<b>ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN</b>			<b>CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1</b>		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	2	5
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENTREO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT				CÓDIGO	
				DGA CENDI 1/01	
ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN			CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1		

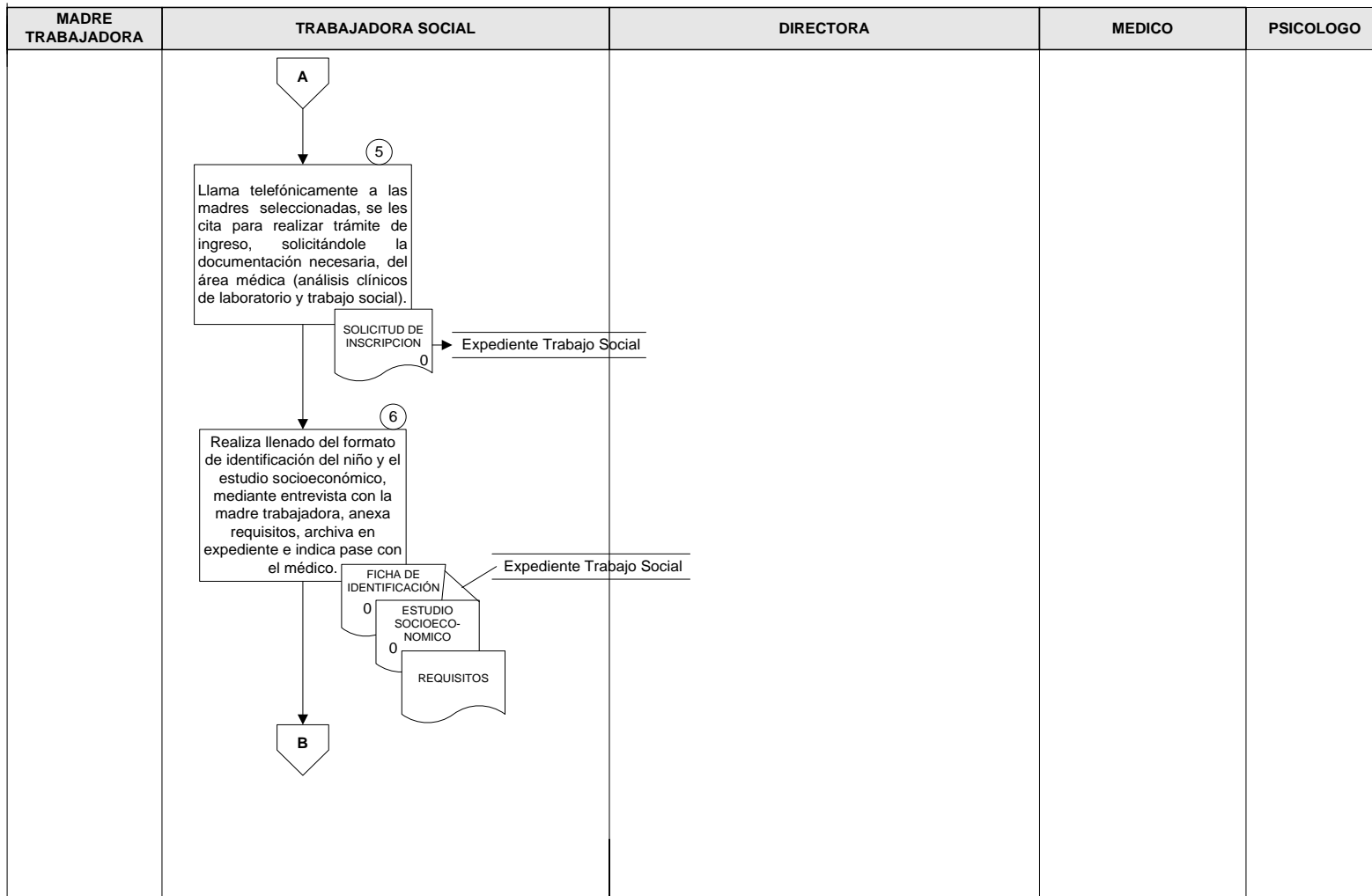






DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	3	5
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT				CÓDIGO	
				DGA CENDI 1/01	
ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN			CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1		

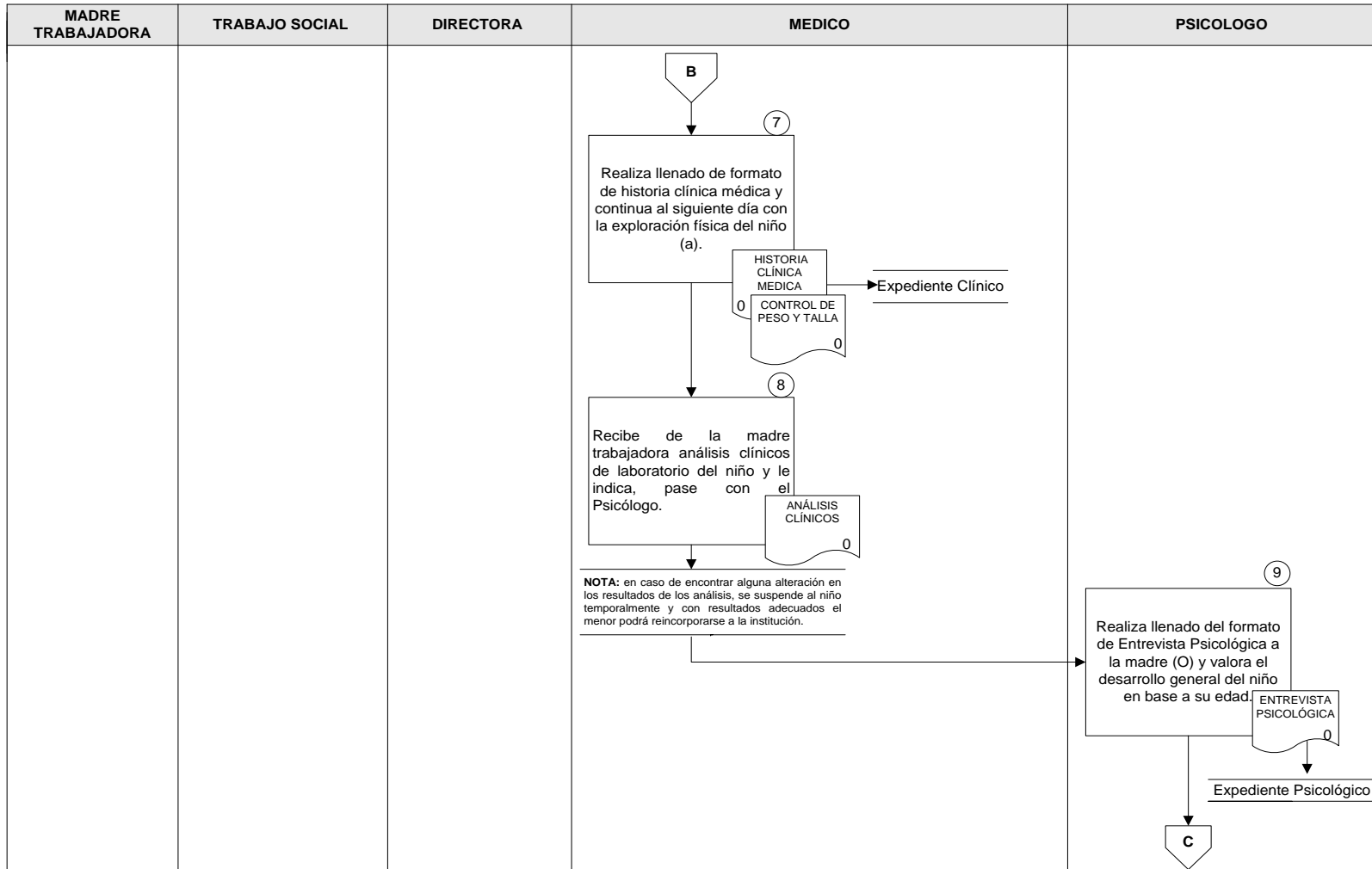




DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	4	5
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENTREO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT				CÓDIGO	
				DGA CENDI 1/01	
ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN			CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1		

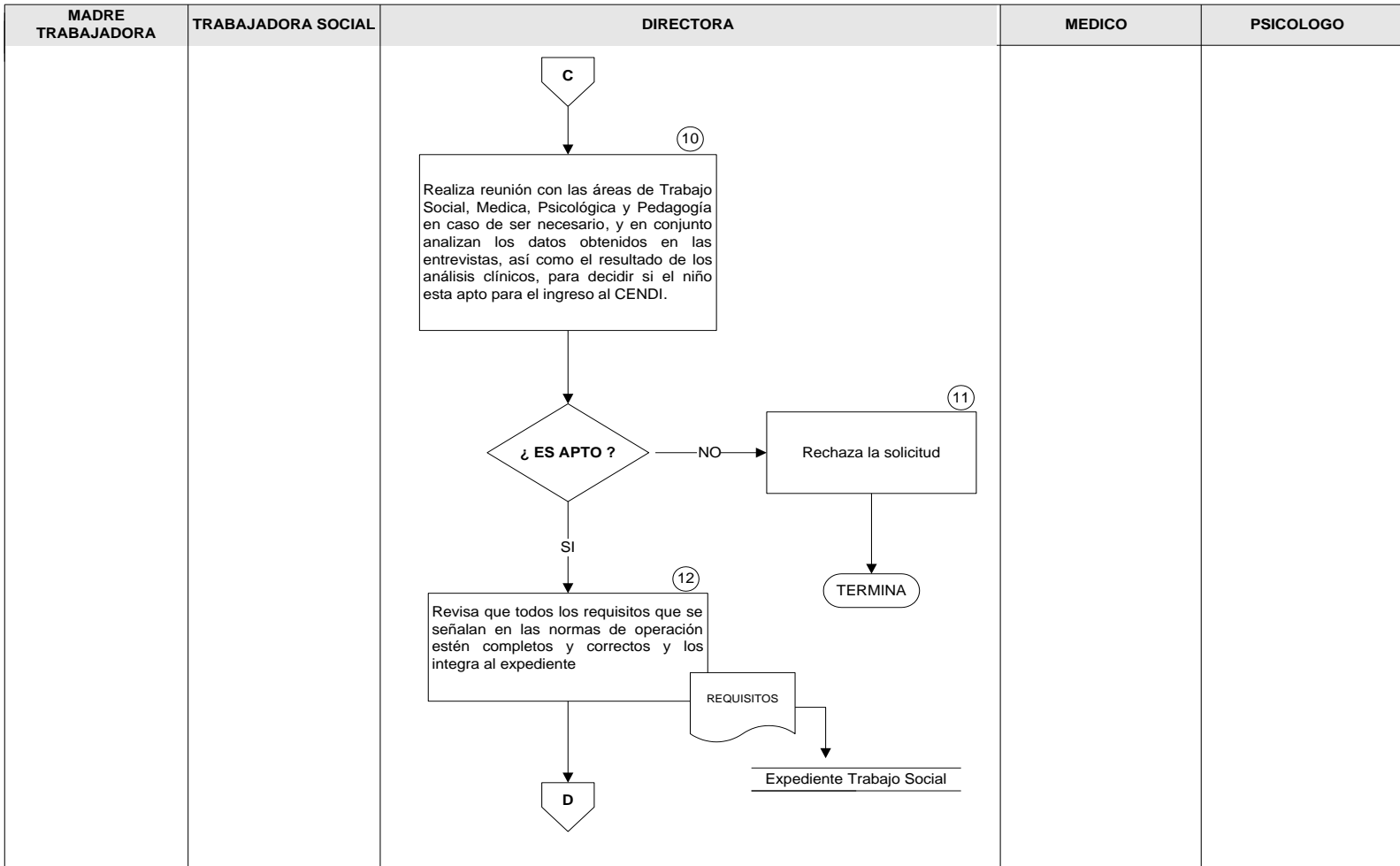
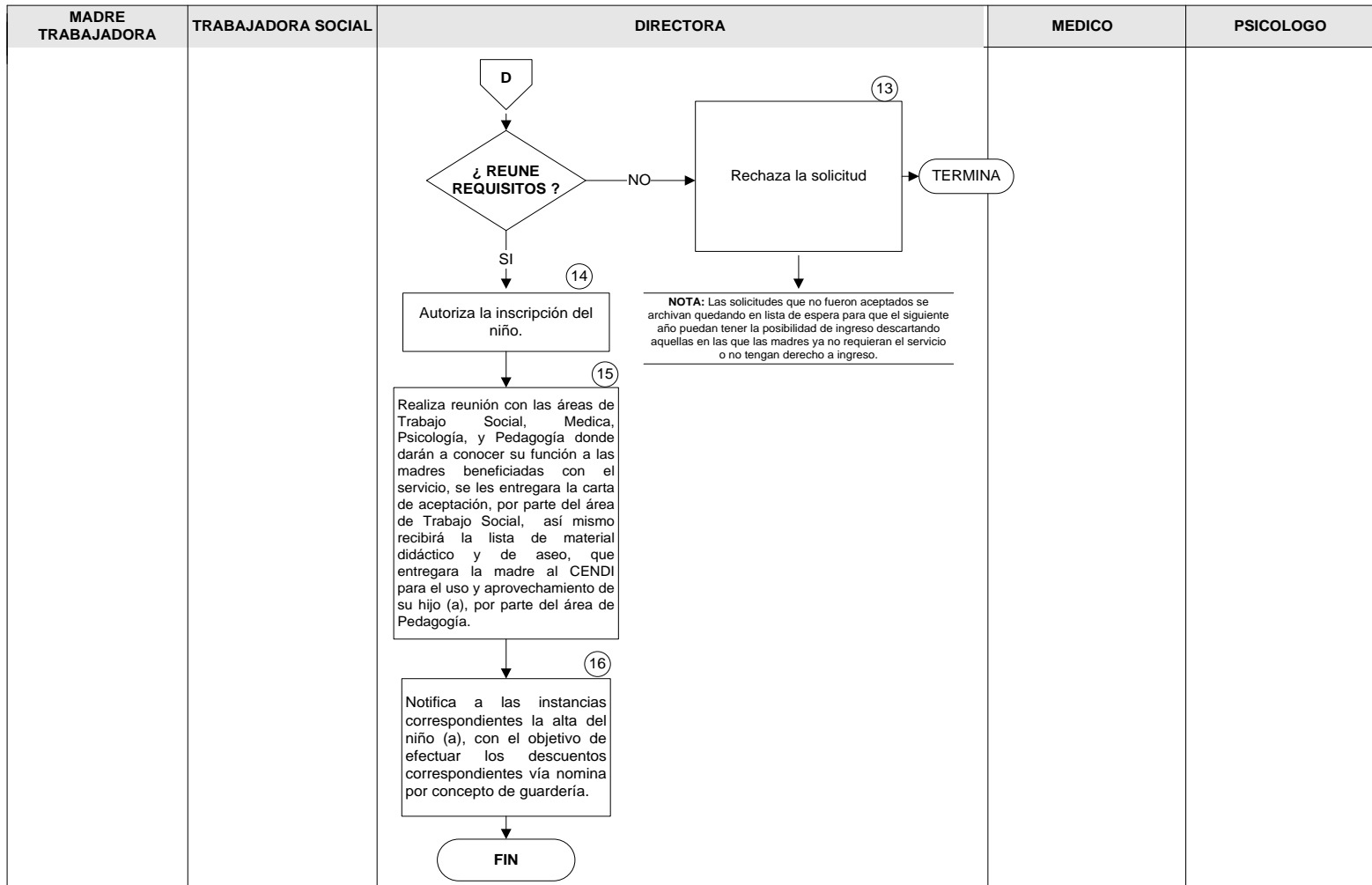




DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
	05	NOV	2012	5	5
PROCEDIMIENTO: INGRESO DE NIÑOS AL CENTREO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1 DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT				CÓDIGO	
				DGA CENDI 1/01	
ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN			CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1		





**GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT  
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1  
SOLICITUD DE INSCRIPCION**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_

Entre: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Calle No. Colonia C.P. Teléfono  
Calle Calle Teléfono de familiar

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_  
Grado de estudios: \_\_\_\_\_ (7) \_\_\_\_\_  
Categoría: \_\_\_\_\_ (8) \_\_\_\_\_ No. de empleado: \_\_\_\_\_ (9) \_\_\_\_\_  
Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ (10) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ (11) \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ (12) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ (13) \_\_\_\_\_  
Régimen: \_\_\_\_\_ (14) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ (15) \_\_\_\_\_  
Grado de estudios: \_\_\_\_\_ (16) \_\_\_\_\_  
Categoría \_\_\_\_\_ (17) \_\_\_\_\_ No. de empleado: \_\_\_\_\_ (18) \_\_\_\_\_  
Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ (19) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ (20) \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ (21) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ (22) \_\_\_\_\_  
Régimen: \_\_\_\_\_ (23) \_\_\_\_\_

Tepic, Nay.,\_ (24)\_ de \_\_\_\_\_ (25)\_\_\_\_\_ de \_\_ (26)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(27)\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Nota:** Al firmar esta solicitud, los padres aceptan acatar todas las disposiciones del Reglamento en vigor.



## GUIA DE LLENADO DEL FORMATO “SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN”

- 1.- Anotar el nombre completo del niño.
- 2.- Anotar edad del niño.
- 3.- Anotar fecha de nacimiento del niño.
- 4.- Anotar sexo del niño.
- 5.- Anotar domicilio y teléfono donde vive el niño.
- 6.- Anotar el nombre de la madre.
- 7.- Anotar grado de estudios de la madre.
- 8.- Anotar la categoría laboral de la madre.
- 9.- Anotar el número de empleado de la madre.
- 10.- Anotar el nombre del lugar en el que trabaja la madre.
- 11.- Anotar el domicilio del lugar de trabajo de la madre.
- 12.- Anotar el número de teléfono y extensión de oficina de la madre.
- 13.- Anotar el número de celular de la madre.
- 14.- Anotar el régimen de la madre.
- 15.- Anotar el nombre completo del padre.
- 16.- Anotar el grado de estudios del padre.
- 17.- Anotar la categoría laboral del padre.
- 18.- Anotar el número de empleado del padre.
- 19.- Anotar el nombre del lugar en donde trabaja el padre.
- 20.- Anotar el domicilio de trabajo del padre.
- 21.- Anotar el número de teléfono de la oficina del padre.
- 22.- Anotar el número de celular del padre.
- 23.- Anotar el régimen del padre.
- 24.- Anotar el día en que se llenó el formato de solicitud de inscripción.
- 25.- Anotar el mes en que se llenó el formato de solicitud de inscripción.
- 26.- Anotar el año en que se llenó el formato de solicitud de inscripción.
- 27.- Anotar el nombre y firma del padre, madre o tutor que solicita inscripción para su hijo.



**GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT**  
**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1**  
**AREA DE TRABAJO SOCIAL**  
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

1.- Fecha en que se tomaron los datos: \_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_

---

**2.- DATOS DEL NIÑO: ( 2 )**

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Sexo ( )

Domicilio \_\_\_\_\_

Calle                      Número                      Colonia

Código Postal: \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

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

Edad (Años y meses): \_\_\_\_\_

Grado y grupo: \_\_\_\_\_

---

**3.- DATOS DE LOS PADRES: ( 3 )**

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

No. de empleado: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo: \_\_\_\_\_

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

Departamento o Área: \_\_\_\_\_

Dependiente de: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Num. De Celular: \_\_\_\_\_

Régimen: \_\_\_\_\_

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

No. de empleado: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo: \_\_\_\_\_

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

Departamento o Área: \_\_\_\_\_

Dependiente de: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_



Num. De Celular: \_\_\_\_\_

Régimen: \_\_\_\_\_

**4.- NOMBRE DE OTRA PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL NIÑO: ( 4 )**

Nombre de la persona autorizada: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de alta del niño: \_\_\_\_\_ ( 5 ) \_\_\_\_\_

Fecha de baja del niño: \_\_\_\_\_ ( 6 ) \_\_\_\_\_

Motivo de baja del niño (a): \_\_\_\_\_ ( 7 ) \_\_\_\_\_

Importe de la cuota mensual a pagar: \_\_\_\_\_ ( 8 ) \_\_\_\_\_

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

**DIRECTORA DEL CEN.D.I.**

\_\_\_\_\_ ( 9 ) \_\_\_\_\_

**PADRE, MADRE O TUTOR**

**TRABAJADORA SOCIAL**

\_\_\_\_\_ ( 10 ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( 11 ) \_\_\_\_\_



## GUIA DE LLENADO DEL FORMATO DE “FICHA DE IDENTIFICACIÓN”

- 1.- Anotar la fecha en que se tomaron los datos.
- 2.- Anotar los datos generales del niño.
- 3.- Anotar los datos generales de los padres.
- 4.- Anotar los datos generales de otra persona autorizada para recoger al niño.
- 5.- Anotar la fecha de alta del niño.
- 6.- Anotar la fecha de baja del niño.
- 7.- Anotar el motivo de baja del niño.
- 8.- Anotar el importe de la cuota mensual a pagar.
- 9.- Anotar el nombre y firma de la directora del Cendi No. 1.
- 10.- Anotar el nombre y firma del padre, madre o tutor del niño.
- 11.- Anotar el nombre y firma de la trabajadora social que llenó el formato.





**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1  
GOBIERNO DEL ESTADO  
AREA DE TRABAJO SOCIAL**

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

**I.- DATOS GENERALES: ( 1 )**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Lugar que ocupa entre los hermanos: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
 Persona responsable del hogar: \_\_\_\_\_

**II.- DATOS DE LOS PADRES: ( 2 )**

	PADRE	MADRE
Nombre		
Estado Civil		
Lugar de trabajo		
Puesto que desempeña		
Horario de trabajo		
Gdo. Máx. de estudios		
Religión		

**III.- ESTRUCTURA FAMILIAR: ( 3 )**

NOMBRE	PAREN TESCO	EDAD H M	EDO. CIVIL	ESCOLA RIDAD	OCUPACION	APORT. HOGAR	OBSERVAC..

¿Tiene hijos de otra relación de pareja? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

#### IV.- ECONOMIA FAMILIAR: ( 4 )

INGRESOS MENSUALES			
MIEMBRO	SUELDO	COMPENSACION	OTROS
Padre			
Madre			
Hijos			
Otros parientes			
<b>TOTAL:</b>			

Total ingreso familiar: \_\_\_\_\_

#### V.- EGRESOS MENSUALES: ( 5 )

Alimentación	Transporte	Educación
Renta	Ropa	Megacable
Predial	Medicina	Seguro de vida
Agua	Ayuda a familiares	Teléfono
Luz	Diversiones	Celular
Gas	Colegiatura	Otros:
Gasolina		

Total egreso familiar: \_\_\_\_\_

#### VI.- AMBIENTE FISICO DEL HOGAR: ( 6 )

##### AREA:

Urbana ( )      Suburbana ( )      Rural ( )

##### B) SERVICIOS DE LA COMUNIDAD:

Alumbrado publico ( )    Calles pavimentadas ( )    Teléfono publico ( )  
 Transporte publico ( )    Centros deportivos ( )    Centros recreativos ( )  
 Servicios Médicos ( )    Alcantarillado ( )

##### C) TIPO DE VIVIENDA: Casa sola indep. ( )

Vecindad ( )      Unifamiliar ( )  
 Departamento ( )      Varias Familias ( )  
 Privada ( )



D) TENENCIA: Propia ( ) Prestada ( ) A plazos ( ) Rentada ( )

E) SERVICIOS DE LA VIVIENDA:

Electricidad ( )	Agua intradomiciliaria ( )
Drenaje ( )	Recolección de basura ( )
Teléfono ( )	Cable ( )

F) CONSTRUCCION: Obra terminada ( )

Obra negra ( )

Obra gris ( )

G) PLANTAS: Una planta ( )

Dos plantas ( )

H) TECHO: Concreto ( )

Teja ( )

Lámina de asbesto o cartón ( )

I) PAREDES: Adobe ( )

Ladrillo ( )

Block ( )

Madera ( )

J) PISO: Cemento ( )

Tierra ( )

Mosaico ( )

Vitropiso ( )

K) PUERTAS INTERIORES: Madera ( )

Cortinas ( )



Fierro ( )  
Tambor ( )

**L) NUMERO DE HABITACIONES Y SU USO:**

Dormitorios ( ) Sala ( ) Comedor ( ) Cocina ( ) Baño ( )  
Cochera ( ) Patio ( ) Jardín ( ) Estudio ( ) Otro ( )

**M) MANEJO DE ESCRETAS:**

Fecalismo al aire libre ( ) Letrina ( ) Fosa séptica ( )  
Sanitario con drenaje ( )

**N) NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA:**

Todos son de la misma familia ( )  
Num. de personas ( )  
Animales ( )

**Ñ) MOBILIARIO DE LA VIVIENDA:**

T:V: ( ) Refrigerador ( ) Sala ( ) Comedor ( ) Ventilador ( )  
Lavadora ( ) Estufa de gas ( ) Computadora ( )  
Nintendo ( ) Videgrabadora ( ) DVD ( ) Otros \_\_\_\_\_

**VII.- BIENES CON QUE CUENTA: ( 7 )**

Terrenos \_\_\_\_\_

Vehículo (s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Marca

\_\_\_\_\_  
Año

\_\_\_\_\_  
Marca

\_\_\_\_\_  
Año

**VIII.- ASPECTOS NUTRICIONALES: ( 8 )**

Veces por semana que el niño (a) consume los siguientes alimentos:



Leche ( ) Verduras ( ) Carne ( ) Fruta ( ) Huevo ( )  
 Tortilla ( ) Pan ( ) Refresco ( ) Pollo ( ) Marisco ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_

**IX.- SALUD FAMILIAR: ( 9 )**

ISSSTE ( ) IMSS ( ) SSA ( ) Particular ( )

**X.- RELACION CON SU PAREJA: ( 10 )**

---

---

---

---

---

---

---

---

**XI.- DATOS DEL NACIMIENTO DEL NIÑO (A): ( 11 )**

---

---

---

---

---

---

---

---

**X.- RELACION ENTRE PADRES E HIJO:**

A) Tiempo que dedican a sus hijos: ( 12 ) \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_ Mamá

B) Persona que está al cuidado del niño ( 13 )

---

---



**NAYARIT**  
ORGULLO QUE NOS UNE



---

---

**OBSERVACIONES: ( 14 )**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tepic, Nayarit, \_\_\_\_\_ ( 15 ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( 16 ) \_\_\_\_\_  
**Directora del CEND.I. No. 1**

\_\_\_\_\_ ( 17 ) \_\_\_\_\_  
**Área de Trabajo Social**

\_\_\_\_\_ ( 18 ) \_\_\_\_\_  
**Padre, Madre o Tutor**



## GUIA DE LLENADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

- 1.- Anotar los datos generales del niño que solicita su ingreso a este Centro.
- 2.- Anotar los datos de los padres.
- 3.- Anotar los datos de la estructura familiar (todas las personas que vivan en el hogar).
- 4.- Anotar los datos de la economía familiar.
- 5.- Anotar los egresos mensuales de la familia.
- 6.- Anotar los datos del ambiente físico del hogar.
- 7.- Anotar los bienes con que cuenta la familia.
- 8.- Anotar los aspectos nutricionales del niño.
- 9.- Anotar los servicios de salud con que cuenta la familia del niño.
- 10.- Anotar los aspectos relevantes de la relación con su pareja.
- 11.- Anotar los datos del nacimiento del niño.
- 12.- Anotar el tiempo que dedican los padres al niño.
- 13.- Anotar el nombre de la persona que está al cuidado del niño.
- 14.- Observaciones.
- 15.- Anotar lugar y fecha de aplicación del estudio socioeconómico.
- 16.- Anotar nombre y firma de la Directora del Cendi No. 1
- 17.- Anotar nombre y firma del trabajador social que aplicó este estudio socioeconómico.
- 18.- Anotar nombre y firma del padre, madre o tutor del niño.



**GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT  
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL No. 1  
AREA MÉDICA**

**HISTORIA CLINICA**

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL \_\_\_\_\_ ( 1 ) \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ESTUDIO \_\_\_\_\_ ( 2 ) \_\_\_\_\_  
 SERVICIO MEDICO QUE LO PROTEGE \_\_\_\_\_ ( 3 ) \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACION ( 4 )**

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 OFICINAS DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

OFICINAS DE LA MADRE \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES ( 5 )**

EDAD DE LOS PADRES AL NACIMIENTO: PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_  
 ESTADO DE SALUD ACTUAL \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES NEOPLASICOS \_\_\_\_\_

ENDOCRINOLOGICOS: \_\_\_\_\_ DIABÉTICOS \_\_\_\_\_

OBESIDAD \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

CARDIOPATIAS: \_\_\_\_\_ FIEBRE \_\_\_\_\_ REUMATICA \_\_\_\_\_

CONGENITAS \_\_\_\_\_

HIPERTENSION: \_\_\_\_\_

OTRAS: \_\_\_\_\_

NEUROPSIQUIATRICOS: \_\_\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_\_\_

OTRAS \_\_\_\_\_

HEMATOLOGICOS: \_\_\_\_\_





INFECTO-CONTAGIOSOS: FIMICOS \_\_\_\_\_ LUETICOS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

ALERGICOS: \_\_\_\_\_

ALCOHOLISMO Y OTRAS

TOXICOMANAS: \_\_\_\_\_

OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE HERMANOS \_\_\_\_\_

VIVOS \_\_\_\_\_

ESTADO DE SALUD O ENFERMEDAD DE LOS HERMANOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MUERTE DE HERMANOS ANTES DE LOS 5 AÑOS \_\_\_\_\_

EMBARAZOS DE LA MADRE: G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
O \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES. NO PATOLÓGICOS. ( 6 )**

PRODUCTO DE GESTA NO. \_\_\_\_\_ ATENCIÓN PRENATAL EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ POR \_\_\_\_\_ DURACIÓN \_\_\_\_\_

SEMANAS, ALIMENTACION DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO. B \_\_\_\_\_  
R \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ . .

PADECIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO (INDICAR EN QUE TRIMESTRE):

INFECCIONES \_\_\_\_\_ TOXEMIA \_\_\_\_\_

DIABETES \_\_\_\_\_

CARDIOPATIAS \_\_\_\_\_ OTROS

\_\_\_\_\_ FÁRMACOS \_\_\_\_\_

PARTO: ATENDIDO EN \_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_

PARTO UNICO \_\_\_\_\_ EUTOCICO \_\_\_\_\_

DISTOCICO \_\_\_\_\_

RESULTADO

POR \_\_\_\_\_ INDICACION \_\_\_\_\_ ANESTESIA Y/O

ANALGESIA \_\_\_\_\_ COMPLICACIONES



OBSTETRICAS \_\_\_\_\_ TRAUMATISMOS DEL PARTO \_\_\_\_\_ OTROS DE IMPORTANCIA \_\_\_\_\_

PESO Y TALLA AL NACER \_\_\_\_\_  
ICTERICIA \_\_\_\_\_

RESPIRACION ESPONTANEA (LORO Y RESPIRO AL NACER) \_\_\_\_\_  
REQUIRIO \_\_\_\_\_

INCUBADORA \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_  
TIEMPO \_\_\_\_\_

RESPUESTA ESTIMULOS EXTERNOS \_\_\_\_\_

REFLEJOS DE SUCCION \_\_\_\_\_ LACTANCIA MATERNA \_\_\_\_\_

DURANTE \_\_\_\_\_ MESES, LACTANCIA MIXTA \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

LACTANCIA ARTIFICIAL DESDE LOS \_\_\_\_\_ MESES CON LECHE TIPO \_\_\_\_\_

INICIO ABLACTACION A LOS \_\_\_\_\_ MESES CON \_\_\_\_\_

#### HABITOS ALIMENTICIOS

ALIMENTACION ACTUAL B \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

DESAYUNO \_\_\_\_\_ COMIDA \_\_\_\_\_ CENA \_\_\_\_\_

#### No. DE VECES QUE SE INGIERE POR SEMANA CADA GRUPO DE ALIMENTOS

FRUTAS \_\_\_\_\_

VERDURAS \_\_\_\_\_

LECHE Y SUS DERIVADOS \_\_\_\_\_

CARNES \_\_\_\_\_

PESCADO Y MARISCOS \_\_\_\_\_

SEMILLAS Y CEREALES \_\_\_\_\_

LEGUMINOSAS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

### ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	ENFERMEDAD	DOSIS	EDAD	FECHA DE VACUNACION
BCG	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE	DIFTERIA	PRIMERA	2 MESES	
	TOSFERINA	SEGUNDA	4 MESES	
	TETANOS	TERCERA	6 MESE	
	POLIOMELITIS	CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREAS POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
NEUMOCOCCICA	INFECCIONES DE NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN		
SRP	SARAMPION, RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBEOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

## DESARROLLO SOMATICO-FUNCIONAL (FECHAS)

ATENCIÓN POST-NATAL EN \_\_\_\_\_ POR \_\_\_\_\_ FIJA LA  
MIRADA

SONRIE \_\_\_\_\_ VUELVE LA  
CABEZA \_\_\_\_\_

MANTIENE LA CABEZA ERGUIDA \_\_\_\_\_ RUEDA SOBRE SI  
MISMO \_\_\_\_\_

PASA OBJETOS DE UNA A OTRA MANO \_\_\_\_\_ SE SIENTA  
BREVEMENTE \_\_\_\_\_

GATEA \_\_\_\_\_ SE LEVANTA \_\_\_\_\_ CAMINA CON  
APOYO \_\_\_\_\_

SE PARA SOLO \_\_\_\_\_ INICIA  
DETICION \_\_\_\_\_ BALBUCEO \_\_\_\_\_

PRIMERAS  
PALABRAS \_\_\_\_\_

CONTROL DE ESFINTERES: VESICAL \_\_\_\_\_ ANAL  
\_\_\_\_\_ DIURNO \_\_\_\_\_

NOCTURNO \_\_\_\_\_ ORGANIZA FRASES  
\_\_\_\_\_ CORRE \_\_\_\_\_

SUBE ESCALERAS ALTERNANDO LOS PIES \_\_\_\_\_ SE SOSTIENE EN UN PIE  
\_\_\_\_\_

## HABITOS DE CONDUCTA

FRECUENCIA DEL BAÑO \_\_\_\_\_ CAMBIO DE ROPA \_\_\_\_\_ ASEO  
DENTAL \_\_\_\_\_

ENURESIS \_\_\_\_\_ SE CHUPA EL DEDO \_\_\_\_\_ DUERME  
SOLO \_\_\_\_\_

ACOMPañADO \_\_\_\_\_ MISMO CUARTO \_\_\_\_\_ MISMA CAMA  
\_\_\_\_\_

ZURDO \_\_\_\_\_ DIESTRO \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD FISICA \_\_\_\_\_

## CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

CASA \_\_\_\_\_ UNIDAD HABITACIONAL \_\_\_\_\_ VECINDAD  
\_\_\_\_\_

TIPO DE CONSTRUCCIÓN:



MATERIAL DEL PISO \_\_\_\_\_ MATERIAL DEL TECHO  
\_\_\_\_\_

VENTILACIÓN \_\_\_\_\_ ILUMINACION \_\_\_\_\_ No. DE CUARTOS  
\_\_\_\_\_

**SERVICIOS BASICOS:**

AGUA POTABLE \_\_\_\_\_ LUZ \_\_\_\_\_ DRENAJE  
\_\_\_\_\_

RECOLECCION DE BASURA \_\_\_\_\_ TIPO DE FLORA Y FAUNA  
\_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA**

SARAMPION \_\_\_\_\_ RUBEOLA \_\_\_\_\_ ESCARLATINA \_\_\_\_\_  
VARICELA \_\_\_\_\_ PAROTIDITIS \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATALÓGICOS (EDAD AL PRESENTARLOS) (7)**

FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICION \_\_\_\_\_

HEPATITIS \_\_\_\_\_

PARASITOSIS (TIPO FECHA)  
\_\_\_\_\_

ASMA BRONQUIAL \_\_\_\_\_ DIARREAS  
FRECUENTES \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS  
\_\_\_\_\_

OTRAS:  
\_\_\_\_\_

ESPASMOS DEL SOLLOZO  
\_\_\_\_\_

TRAUMATICOS QUIRURGICOS  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES ALERGICOS  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES  
TRANSFUNCIONALES \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES PREVIAS  
\_\_\_\_\_



### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (8)

DIGESTIVO \_\_\_\_\_

RESPIRATORIO \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR \_\_\_\_\_

GENITO – URINARIO \_\_\_\_\_

NERVIOSO \_\_\_\_\_

MÚSCULO —  
ESQUELETICO \_\_\_\_\_

LINFO-  
HEMATICO \_\_\_\_\_

ESTADO  
ACTUAL \_\_\_\_\_

### EXPLORACIÓN FISICA (9)

DATOS GENERALES Y SOMATOMETRIA

ESTATURA \_\_\_\_\_ PESO ACTUAL \_\_\_\_\_ PESO IDEAL \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

RESPIRACIONES \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_ TA

P.C. \_\_\_\_\_ P.T. \_\_\_\_\_

PA. \_\_\_\_\_

INSPECCION

GENERAL \_\_\_\_\_

ESTADO DE PIEL \_\_\_\_\_ CABEZA

CRANEO \_\_\_\_\_ FONTANELAS \_\_\_\_\_ NARIZ \_\_\_\_\_ OJOS

OIDOS \_\_\_\_\_ CAV. BUCAL \_\_\_\_\_ CUELLO



ADENOPATIAS \_\_\_\_\_ OTRAS  
\_\_\_\_\_

TORAX \_\_\_\_\_ CAMPOS PULMONARES  
\_\_\_\_\_

AREA CARDIACA \_\_\_\_\_ ABDOMEN  
\_\_\_\_\_

GENITALES EXTERNOS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CADERA \_\_\_\_\_ EXTREMIDADES: SUP. \_\_\_\_\_  
INF. \_\_\_\_\_

COLUMNA VERTEBRAL \_\_\_\_\_ PIES PLANOS  
\_\_\_\_\_

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXAMENES DE LABORATORIO Y  
GABINETE \_\_\_\_\_

TIPO SANGUÍNEO Y R.H. \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(10) \_\_\_\_\_  
NOMBRE FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL  
DEL MEDICO QUE REALIZO LA ENTREVISTA



## GUIA DE LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL ÁREA MÉDICA

- 1.- Anotar nombre del Centro de Desarrollo Infantil.
- 2.- Anotar la fecha en la que se realiza la entrevista. (Fecha de estudio).
- 3.- Anotar el o los servicios médicos con los que cuenta el niño (a). (Servicio Médico que le protege).
- 4.- Llenar con todos los datos personales que se solicitan en este rubro. (**Ficha de Identificación**).
- 5.- Llenar los datos que se solicitan; se deberá preguntar por 5 generaciones anteriores de familiares consanguíneos, este rubro se refiere a las enfermedades que por su origen son hereditarias y pudieran representar en los niños (as) problemas de salud en un futuro. (**Antecedentes Heredofamiliares**).
- 6.- Llenar con todos los datos que se solicitan; dentro de este apartado se incluyen datos acerca de antecedentes prenatales (antes del nacimiento) y postnatales (después del nacimiento) algunos son: Hábitos alimenticios, se solicita el esquema de vacunación; así como se solicitan datos del desarrollo somático-funcional del niño (sobre todo en el aspecto psicomotriz); hábitos de conducta, características de la vivienda en que habita y datos acerca de su estilo de vida para finalizar interrogando acerca de las infecciones propias de la infancia. (**Antecedentes Personales no patológicos**).
- 7.- Llenar con los datos completos que se solicitan; se incluyen enfermedades o patologías de relevancia, se interroga intencionadamente acerca de algunas en específico, se recaban datos acerca de antecedentes de cirugías, alergias, transfusiones sanguíneas y hospitalizaciones previas solicitando se nos indique durante la entrevista la edad a la que se dicha enfermedad o situación se presentó. (**Antecedentes personales patológicos**).
- 8.- Llenar con todos los datos que se solicitan; aquí se hará mención de las alteraciones de salud que al momento de la entrevista el paciente presenta según el aparato o sistema que se está interrogando. (**Interrogatorio por Aparatos y Sistemas**).
- 9.- Este rubro que será llenado exclusivamente por el doctor, incluye todos los datos derivados de la revisión que se le practica a paciente en ese momento con el apoyo de la enfermera. (**Exploración Física**).
- 10.- En este apartado se deberá especificar nombre, firma y cedula profesional de quien realizo la entrevista y exploración física del paciente.







## GUIA DE LLENADO “CONTROL DE PESO Y TALLA”

- 1.- Anotar el nombre del niño.
- 2.- Anotar al grupo al cual pertenece.
- 3.- Anotar la fecha de elaboración del control.
- 4.- Anotar la edad del niño.
- 5.- Anotar el peso del niño.
- 6.- Anotar la estatura del niño.
- 7.- Anotar las observaciones necesarias.



## ORDEN DE ANALISIS CLINICOS



PACIENTE : \_\_\_\_\_ ( 1 ) \_\_\_\_\_

FAVOR DE REALIZAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS : ( 2 )

- ( ) GRUPO SANGUINEO Y RH
- ( ) BIOMETRIA HEMÁTICA
- ( ) EXAMEN GENERAL DE ORINA
- ( ) COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE
- ( ) CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_ ( 3 ) \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DEL ÁREA MÉDICA

\_\_\_\_\_ ( 4 ) \_\_\_\_\_  
DIRECTORA DEL CENDI



## GUIA DE LLENADO “ORDEN DE ANÁLISIS CLÍNICOS”

- 1.- Anotar el nombre del niño.
- 2.- Marcar los espacios de los estudios clínicos que se solicitan.
- 3.- Anotar nombre y firma de la Doctora.
- 4.- Anotar nombre y firma de la Directora.



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NO. 1  
DE GOBIERNO DEL ESTADO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Entrevista Psicológica

**1.- Ficha de Identificación**

Ciclo \_\_\_\_\_

Nombre del Niño:		
Fecha de Nacimiento:		Edad:
Sexo:		Sala:
Fecha de Entrevista		Fecha de Ingreso:
Datos Personales	Madre	Padre
Nombre		
Edad		
Dirección		
Celular		
Teléfono Casa		
Teléfono Trabajo		
Salud Física		
Ocupación		
Horario de Trabajo		
Estado Civil		
Escolaridad		
Ingresos		
Religión		
Lateralidad		
Defectos físicos		
Nombre del Informante		

**2.- Antecedentes del Niño**

a) Embarazo

Nº de Embarazos	Nº de Abortos	
Planeado	Sexo deseado Madre	Sexo deseado Padre
Reacción ante la noticia	Madre	Padre
Enfermedades o Complicaciones		

b) Parto

Prematuro	Normal	Tardío
Natural	Cesárea	¿Por qué?
Complicaciones		

c) Estado del Recién Nacido

Peso	Talla	Respiración
Incubadora	Defectos físicos	

**3.- Desarrollo de la primera infancia**

a) Alimentación

Pecho	Dificultad en la succión	Artificial
Destete	Mixta	Chupón

b) Evolución Psicomotora

Cabeza erguida	Primer diente	
Primeras palabras	Gateo	
Bipedestación	Primeros Pasos	
Corre con facilidad	Se tropieza con Frecuencia?.	
Se para en un solo pie	Respeto los bordes al colorear o recortar	
Control de esfínter (vejiga o intestino)	Diurno	Nocturno

**C.- Enfermedades (naturaleza, edad, gravedad, complicación, operaciones, etc.)**

Enfermedades del Sistema Nervioso central		
Signos de meningitis	Fiebres mal explicadas	
Ausencias	Convulsiones	
¿Ha presentado accidentes de importancia? Especifique:		

**D.- Estancamiento o regresiones en el desarrollo**

Esfera motriz:
Esfera lingüística:
Esfera cognoscitiva:
Lateralidad:

**4.- Constelación Familiar**

a) Personas que viven con el niño:

Nombre	Edad	Ocupación	Relación
Lugar que ocupa el niño en la familia			

¿Ha habido cambios de las personas que vivían con el niño en el último año? (abandonos, separaciones, nacimiento de un nuevo hermanito, etc.)

--

b) Relación del niño con las personas y viceversa

Madre
Padre
Hermanos
Otras Personas

¿Ha asistido el niño a alguna guardería u otra institución de cuidado infantil?
Cual:
Desde que edad:
Como fue su adaptación:

c) Atmósfera emocional del niño

Descripción de su carácter	
¿Hace berrinches?	¿Cómo reacciona cuando se le niega algo?
¿Cómo reaccionan los padres ante los berrinches?	
Disciplina	
Relación entre los cónyuges ¿Han existido problemas familiares? (económicos, relacionados con separación, abandono, divorcio)	

**5.- Experiencias traumáticas del niño**

Muerte de algún familiar, accidentes, castigos graves, problemas físicos, separación, abandono
Características de las relaciones interpersonales (Vecino, amigos y actitud hacia los animales)
Temores del Niño:

**6.- Hábitos e intereses**

Comida
Sueños (horario, pesadillas)
Con quien duerme (se pasa a la cama de los papas, frecuencia)
Control de esfínteres

Sexualidad (curiosidad de intereses)

Juego

Objeto preferido

Ve Televisión (horario, programas)

**7.- Tiempo de calidad que destinan los padres al niño**

**8.- Actividades que realizan en fin de semana**

**9.- Como festejan el cumpleaños del niño**

**10.- Antecedentes familiares**

Enfermedades de la madre:

Enfermedades del padre:

Enfermedades de los abuelos maternos:

Enfermedades de los abuelos paternos:

Hábitos (Cigarros, cerveza, otros)

**11.- Comentarios del informante**

**12.- Observaciones**

**13.- Fecha de actualización de datos**

**14.- Nombre y firma del entrevistador**





## GUIA DE LLENADO ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Este formato es requisitado por el Psicólogo, el cual deberá ser llenado conforme las respuestas que proporcione la madre en el desarrollo de la entrevista de valoración de ingreso, debiendo contener los siguientes datos:

1. Ficha de identificación
  - Datos generales del niño, de la madre y del padre
2. Anotar los antecedentes del niño
  - Embarazo
  - Parto
  - Estado del recién nacido
3. Describir el desarrollo de la primera infancia
  - a) Alimentación
  - b) Evolución psicomotora
  - c) Enfermedades.
  - d) Estancamiento o regresiones en el desarrollo.
4. Describir la Constelación familiar.
  - a) Personas que viven con el niño
  - b) Relación del niño con las personas y viceversa
  - c) Atmósfera emocional del niño
5. Describir las experiencias traumáticas del niño
6. Anotar los hábitos e intereses
7. Describir el tiempo de calidad que destinan los padres al niño
8. Describir las actividades que realizan el fin de semana
9. Describir como festejan el cumpleaños del niño
10. Anotar los antecedentes familiares
11. Anotar comentarios adicionales
12. Anotar las observaciones
13. Anotar la fecha de actualización de datos
14. Anotar el nombre y firma del entrevistador