



Plantel: _____
 Nombre: _____
 Número de lista: _____
 Grupo: _____
 CURP: _____

Domicilio:	Calle	Número	Colonia
	Código postal	Municipio	Entidad Federativa

Teléfono: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

¿Eres alérgico a algún medicamento? SI NO

Actualmente ¿Trabajas? SI NO

¿Por qué razones? _____

Nombre de la empresa	Puesto	Prestaciones	Sueldo	
Actualmente vives con:	Ambos padres	Padre	Madre	Hermanos
	Solo	Pareja	Hijos	Otros

¿Quién aporta el ingreso principal en casa?

Ambos padres	Padre	Madre	Yo	Hermanos	Otros
--------------	-------	-------	----	----------	-------

¿Cuántas personas dependen del ingreso familiar?

1	2	3	4	más de 4
---	---	---	---	----------

¿De quién dependes económicamente?

Padre	Madre	Ambos padres	Hermanos	Otros
-------	-------	--------------	----------	-------

Nivel de estudios	Padre		Madre	
	Terminada	No terminada	Terminada	No Terminada
Primaria				
Secundaria				
Preparatoria				
Carrera técnica				
Licenciatura				
Ingeniería				
Posgrado				

¿Cuál es el trabajo u ocupación de tus padres o tutores? Señala una opción

Ocupación	Padre	Madre	Ocupación	Padre	Madre
No lo sé			Burócrata		
Hogar			Empleado		
Estudiante			Obrero		
Microempresario			Vendedor		
Empresario pequeño			Profesionista independiente		
Vendedor ambulante			Político		
Profesor			Médico		
Campesino			Peón		
Agricultor			Ayudante doméstico		
Técnico por su cuenta			Gerente		
Pescador			Fuerzas Armadas		
Artesano			Jubilado		
Otro					

Hábitos de estudio	SI	NO	¿Cuál?
En casa ¿tienes un lugar específico para estudiar?			
Tu lugar para estudiar está aseado regularmente?			
¿Tienes una habitación para ti solo?			
¿Cuentas con el apoyo de tus padres para seguir estudiando?			
¿Cuentas con equipo de cómputo?			
¿Cuentas con Internet?			
¿Tienes problemas de concentración?			
¿Tienes problemas de memoria?			
¿Te gusta leer?			
¿Tienes problemas con las matemáticas?			
¿Tienes problemas para escuchar?			
¿Tienes problemas para hablar?			
¿Cuántos libros hay en tu casa que no sean de texto?			

Datos de Salud	SI	NO	¿Cuál?
¿Actualmente recibes algún tratamiento médico?			
¿Tienes alguna discapacidad?			
¿Tienes alguna enfermedad?			
¿Haz tenido alguna intervención quirúrgica importante?			
¿Consideras bueno tu estado de salud actual?			
¿Padeces diabetes?			
¿Padeces asma?			
¿Padeces alguna adicción?			
¿Padeces de problemas estomacales?			
¿Padeces problemas respiratorios?			
¿Padeces dolores musculares frecuentemente?			
¿Usas alguna prótesis?			
¿Tienes alguna lesión física?			
¿Tienes problemas con tus hábitos alimentarios?			
¿Padeces insomnio?			
¿Tienes problemas con tu peso corporal?			
¿Desayunas todos los días?			
¿Desarrollas algún programa para subir o bajar de peso?			
¿Puedes hacer buenas relaciones trabajando en equipo?			
¿Te gusta asistir a la escuela?			
¿Te gusta tu persona?			
¿Te consideras una persona nerviosa?			
¿Te gusta tu imagen?			
¿Dominas otro idioma aparte del Español?			
¿Te gustaría cursar una carrera profesional?			

Antecedentes escolares

¿Has reprobado materias?

SI	NO	¿Cuáles?
----	----	----------

¿Has repetido algún ciclo escolar?

SI NO

¿Tomas clases particulares?

SI NO ¿Cuáles?

¿Asistes a algún tipo de terapia?

¿Tienes algún problema de aprendizaje?

Menciona las materias de tu ciclo anterior y el promedio que obtuviste

Materia	Promedio

Anota el nombre de los cursos que hayas tomado fuera de la escuela (incluye regularización)

Curso	Institución