



**\*Llenado de todos los campos es obligatorio\***

Situación actual de los padres: casados ( ) unión libre ( ) solteros( ) divorciados( ) viudos( ) separados( )

¿Existe alguna situación especial que limite la convivencia entre los Padres y él alumno: si( ) no( ) ninguna( )

De ser sí, especifique:

\_\_\_\_\_

El alumno(a) vive con: Padre( ) Madre( ) Ambos( ) otro especifique: \_\_\_\_\_

Señale en caso de haber asistido o asistir actualmente:

Psicoterapia individual ( ) Psicoterapia familiar ( ) ninguna( ) motivo de consulta:

\_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento farmacológico por psicoterapia si( ) no( ) especifique el medicamento: y por qué? \_\_\_\_\_

¿Con quién pasa su hijo la mayor parte del tiempo, después de clases?

\_\_\_\_\_

Práctica algún deporte? Especificar actividad y tiempo que dedica?

\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna dificultad actual en el área académica? si( ) no( ) ninguna

¿Mencione cuál?

\_\_\_\_\_

**Datos de persona autorizada por los Padres o Tutores**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco con él alumno (a): \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud:**

Usa lentes: si ( ) no( ) Escucha bien si( ) no( )

Problemas posturales (píe plano, columna, etc.) \_\_\_\_\_

Su hijo presenta alguna dificultad al: caminar ( ) correr ( ) saltar ( ) ninguna ( )

describa el motivo

\_\_\_\_\_

Alergias: si ( ) no( ) ninguna( ) especifique cuál:

\_\_\_\_\_

Algún tratamiento médico especial: si ( ) no( ) ninguna( ) especifique cuál:

\_\_\_\_\_

En caso de dolor o fiebre autorizo a que se le administre:

\_\_\_\_\_

Santiago de Querétaro, Qro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MAMÁ

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PAPÁ

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR