



RAÍCES DE VIDA

El Zapotal, Santa María Tonameca,
Oaxaca, México.
Ciclo escolar 2026-2027.

Biografía del infante:

Por favor tómese el tiempo como madre y/o padre de familia para redactar esta biografía tan importante para nosotros, pues con la información que nos comparten los/las maestro/as, pueden conocer más profundamente a su hijo/a. Tengan la confianza de que este documento será revisado únicamente por el área pedagógica.

Datos generales:

Fecha (del día que se redacta esta biografía)

Nombre del niño/a

----- Género -----

Edad -----

Fecha, hora y lugar de nacimiento

Lugar donde vive actualmente

¿Con quién vive?

Nombre de la madre

Profesión

Nombre del
padre -----

Profesión -----

¿Tiene herman@s? ----- ¿Cuánt@s? -----

Nombres y edades -----

Nos ilusiona y maravilla conocer a su hij@ y a toda la familia. Mil gracias por su tiempo y por ayudarnos a conocer esta información, sus sentimientos y emociones. Le solicitamos responder las siguientes en una página aparte y exponer lo más que desee.

Aspectos generales sobre la concepción y bienvenida. ¿Cómo surgió la idea, sentimiento y voluntad sobre la concepción? ¿Cómo fue el embarazo?

¿Cómo fue el parto y el posparto?

¿Qué impresión tuvo al instante de ver por primera vez a su pequeño? El infante fué amamantada/o o no. ¿Por qué? ¿Durante cuánto tiempo?

Aspectos generales del desarrollo físico y pedagógico.

¿A qué edad empezó a gatear y caminar?

¿Cómo vivió ese proceso, que pasó primero?

¿Cuándo empezó a hablar, cómo fue su desarrollo lingüístico?

¿Cómo duerme; cómo despierta? (Tienen rituales para dormir y para despertar). ¿Cómo está su concentración hacia el mandato, la petición y la realización de alguna acción o tarea? ¿Actúa colaborativamente o es indiferente al trabajo de grupo?

Actitud y postura frente a los límites.

Aptitudes relevantes que se quieran comentar.

¿Cuándo llegó su primer diente?

¿Ha perdido algún diente? ¿cuántos?

Aspectos de desarrollo social y cultural ¿Cómo es su carácter como individuo? ¿Cómo se comporta socialmente?

Aspectos generales sobre fantasía y creatividad.

¿Ha tenido una experiencia escolar previa que se quiera comentar? (Obstáculos, fortalezas. Limitaciones o posibilidades).

Le gusta la música, el teatro la pintura, el baile, la escultura el cine u otros (¿Qué es lo que más le gusta, y que no le gusta?

¿Como madre o padre con qué animal identificaría a su hij@?

¿Con qué color o con qué colores?

¿Con qué elemento(s)? agua, tierra, viento y fuego.

¿Con qué estación del año?

¿Con cuál de los rumbos cardinales?

Aspectos sobre la salud sexual de mi hijo/a.

¿En casa hablan con tu hijo/a sobre sexualidad?

Si es así ¿de qué manera lo hacen?

Si consideras pertinente nos puedes contar de manera confidencial si tu hijo/a a sufrido alguna práctica, juego, acoso y/o abuso sexual; si fuese así ¿de que manera recibió apoyo?

¿Consideras que la educación sexual integral es importante desde el preescolar para la prevención de violencia y de equidad de género?



HISTORIA CLINICA

Fecha y lugar: _____

1. Datos del niño/niña:

Nombre(s) _____

Apellido paterno Apellido materno

2. Datos del pediatra/médico:

Nombre completo: _____

Teléfonos: _____

En caso de un accidente ¿cuál es la clínica u hospital al que ustedes quisieran que se llevará a su hijo?

3. Datos para casos de emergencia:

Ponga en los recuadros como se indica los datos de tres parientes a quienes podamos recurrir en caso de que ninguno de los padres esté accesible.

Nombre

Parentezco

Teléfonos

Tipo de Sangre _____

4. Medicamentos y alergias:

¿Qué tipo de medicamentos usa? Alópatas _____ Homeópatas _____ Otros

¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?

¿Es alérgico a algún alimento? ¿Cuál?

¿Tiene algún otro tipo de alergia?

¿Ha convulsionado en alguna ocasión?

Uso de medicamentos especifique si usa medicina natural y /o alternativa _____

Tipo de alimentación _____

Si su hijo requiere algún tipo de tratamiento médico especifíquelo con detalle:

5. Enfermedades de la infancia:

Descripción general de aspectos que formen parte de su proceso de salud.

Varicela Sí _____ No _____

Rubéola Sí _____ No _____

Sarampión Sí _____ No _____

Paperas Sí _____ No _____

Cartilla de vacunación completa? Sí _____ No _____

Otras enfermedades _____

6. Hospitalización:

¿Ha estado hospitalizado? _____ ¿Cuántas veces?

¿Cuál fue el diagnóstico? _____ ¿Cuál fue el tratamiento?

¿Tuvo alguna secuela? _____ ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

Manifiesto que estos datos son correctos y representan mis deseos de proceder en caso de un accidente.

Firma del padre

Firma de la madre



PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN AL USO DE FOTOS Y VIDEOS EN REDES SOCIALES Y MATERIAL DE DIFUSIÓN DE RAÍCES DE VIDA.

Estimados padres, madres de familia o tutores.

Por medio de la presente solicitamos su autorización para el uso de fotos y videos en donde aparecen los niños y las niñas durante las actividades escolares.

Los niños y las niñas nunca aparecerán de frente o de cerca más bien en conjunto y siempre a una distancia tal que no puedan permitir su identificación. No se utilizarán etiquetas ni se hace mención de los niños.

Su uso es destinado a redes sociales como la página Facebook de la escuela o Instagram o para realizar material informativo del centro educativo con el fin de hacerlo conocer a más personas que quieran acercarse a nuestro proyecto Raíces.

Por favor marcar la casilla correspondiente y completar con nombre y firma y fecha.

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO O NIÑA

o Autorizo

o No autorizo

*Nombre del padre madre o tutor*_____

*Firma*_____

*Fecha*_____