



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,

Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

A DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre Completo :

Nacionalidad : Fecha Nacimiento:
D D M M A A

Edad :

Dirección :

Curso Solicitado : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono Casa : Celular :

Colegio Procedencia :

Vive con : ☐ Sus padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelos
☐ Con otro:

B DATOS PERSONALES DEL PADRE

Nombre Completo :

Nacionalidad : Fecha Nacimiento:
D D M M A A

Teléfono :

Dirección :

Nacionalidad : Teléfono Trabajo :

Ocupación : Lugar de Trabajo :

Correo Personal :

Horas diarias de trabajo : Cédula :

Religión : Nivel Académico :

Estado Civil : ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Unión Libre ☐ Viudo/a

Terminó el Bachiller : ☐ Sí ☐ No

Asistió a la Universidad: ☐ Sí ☐ No



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

C DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Nombre Completo :

Nacionalidad : **Fecha Nacimiento:**
D D M M A A

Teléfono :

Dirección :

Nacionalidad : **Teléfono Trabajo** :

Ocupación : **Lugar de Trabajo** :

Correo Personal :

Horas diarias de trabajo : **Cédula** :

Religión : **Nivel Académico** :

Estado Civil : ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Unión Libre ☐ Viudo/a

Terminó el Bachiller : ☐ Sí ☐ No

Asistió a la Universidad: ☐ Sí ☐ No

D DATOS PERSONALES DEL TUTOR/A

Nombre Completo :

Nacionalidad : **Fecha Nacimiento:**
D D M M A A

Teléfono :

Dirección :

Nacionalidad : **Teléfono Trabajo** :

Ocupación : **Lugar de Trabajo** :

Correo Personal :

Horas diarias de trabajo : **Cédula** :

Religión : **Nivel Académico** :

Estado Civil : ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Unión Libre ☐ Viudo/a

Terminó el Bachiller : ☐ Sí ☐ No

Asistió a la Universidad: ☐ Sí ☐ No



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

E EN CASO DE EMERGENCIA (2 PERSONAS)

Nombre Completo :

Parentesco : Teléfono :

Dirección :

Nombre Completo :

Nacionalidad : Teléfono :

Dirección :

F HERMANOS

Lugar que ocupa entre los hermanos : Número de hermanos :

Orden de los hermanos:

Nombre Completo :

Grado Escolar : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad :

Nombre Completo :

Grado Escolar : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad :

Nombre Completo :

Grado Escolar : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad :

Nombre Completo :

Grado Escolar : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad :

Nombre Completo :

Grado Escolar : Género : ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad :



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

G HISTORIAL PARENTAL DEL ALUMNO

Marque la situación que corresponda al caso del niño o de la niña :

Vive con sus padres : ☐

Vive solo con la madre : ☐

Vive solo con la padre : ☐

Vive solo con los abuelos : ☐

Vive solo con los tíos : ☐

Vive con otros parientes : ☐ ¿Con quién? :

Es huérfano(a) : ☐ ¿De quién? : ☐ Padre ☐ Madre

H HISTORIAL VITAL DEL ALUMNO (ÁREA DE PSICOLOGÍA)

¿A qué edad comenzó a articular las siguientes palabras? :

Mamá :

Papá :

Leche :

Agua :

Muchacha :

Selecciona la edad en que su niño(a) comenzó a utilizar oraciones con sentido completo, por ejemplo:
"Dame Leche".

a) De 1 año a 1 ½ año.

b) De 1 ½ año a 2 años.

c) De 2 años a 2 ½ años.

d) De 2 ½ años a 3 años.

¿Ha sufrido accidentes? Especifique :



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,

Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

H

HISTORIAL VITAL DEL ALUMNO (ÁREA DE PSICOLOGÍA)

Solo para Pre-Escolar :

¿Controla su niño(a) los esfínteres? : ☐ Sí ☐ No

Indique si es : ☐ Diurno ☐ Nocturno

Horas de sueño :

¿Se despierta a media noche? : ☐ Sí ☐ No

¿Tiene habitación independiente? : ☐ Sí ☐ No

I

DATOS PSICÓLOGICOS

Selecciona la respuesta que se corresponde a su niño(a).

¿A qué edad ingreso a la escuela?

a) De 1 año a 1 ½ años.

b) De 1 ½ año a 2 años.

c) De 2 años a 2 ½ años.

d) De 2 ½ años a 3 años.

¿En cuántas escuelas ha estado?

a) De 1 a 2

b) De 2 a 3

c) Más de 3

Indique por qué escogió el Colegio Santo Domingo para su hijo(a) :



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

J

DATOS ESCOLARES

¿Ha cambiado de colegio? : ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especificar número de veces y las razones.

¿Cómo cree usted que ha sido el rendimiento académico de su hijo(a) hasta este momento?

Describa la conducta escolar de su hijo(a)

¿Ha tenido quejas y observaciones de los profesores de colegios anteriores?



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,

Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

J

DATOS ESCOLARES

¿Ha recibido algún tipo de ayuda especial? : ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor indicar cuáles.

¿Actualmente padece de alguna enfermedad o afección? : ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor indicar cuáles.

¿Recibe actualmente algún tratamiento? : ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explicar cuáles.



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

J

DATOS FAMILIARES

Lugar que ocupa dentro de la familia.

¿Cómo se involucra la familia en el proceso escolar?

¿Le preocupa algún comportamiento de su hijo(a)?

Describa con sus palabras como considera que es su hijo(a).

Comentarios / Información adicional.



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

K DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Información Personal

Nombres: _____

Género: ☐ Masculino

Apellidos: _____

☐ Femenino

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Información del Pediatra

Nombre: _____

Teléfono: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Centro Médico: _____

Datos Médicos

☐ Alergico a la Penicilina

☐ Alergias

☐ Dolor de oído

☐ Dolores Estomacales

☐ Bronquitis

☐ Dolor de hueso

☐ Dolores Abdominales

☐ Mareos

☐ Oculares

☐ Asma

☐ Cardíaco

☐ Inflamación Piel

☐ Dolor de Riñones

☐ Diabetes

☐ Sangrado Nariz

☐ Examen Odontológico

☐ Apiel

☐ Sinusitis

☐ Hiperactividad

☐ Garganta

☐ Epilepsia

Otros:



Centro Educativo

SANTO DOMINGO

Ave. Bolívar #902, Ens. La Julia,
Sto. Dgo. Rep. Dom.

Tel: (809)544-2812 | Ext.: 3300

www.colegiosantodomingo.edu.do

K

DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Inmunización - Vacunación

- **Tuberculosis (BCG):**

Única ☐

- **Hepatitis B:**

Única ☐

- **Rotavirus (IPV, Neumococo, Pentavalente)**

1ra ☐

2da ☐

3ra ☐

- **Influenza (6, 7 meses de nacido y Anual)**

1ra ☐

2da ☐

Refuerzo Anual ☐

- **SPR (12 meses):**

Única ☐

- **NEUMOCOCO (12 meses):**

Refuerzo ☐

- **SPR (18 meses):**

Única ☐

- **BOPV, DPT (18 meses) TDAN**

1ra ☐

Refuerzo ☐

Otros: