



**PUNTACANA®**  
INTERNATIONAL SCHOOL

**Entrevista Familiar**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Estudiante**

Nombre del Candidato (a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Grado al que aplica: \_\_\_\_\_ Última escuela: \_\_\_\_\_

Idioma materno: \_\_\_\_\_ Otro(s) idiomas: \_\_\_\_\_

Personas con quien vive: \_\_\_\_\_

No. de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres/Tutor**

Estatus de los padres: Casados\_\_\_ Divorciados\_\_\_ Unión libre\_\_\_ Viudo/a: \_\_\_ Separados: \_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Información del Desarrollo**

Embarazo: Planificado: \_\_\_\_ No planificado: \_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_ Tiempo de labor: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Estado emocional: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_ Lloró?: \_\_\_\_\_ Color al nacer: \_\_\_\_\_

Leche materna: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Situación particular presentada: \_\_\_\_\_

### **¿A qué edad?**

Gateó: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Control de esfínter: \_\_\_\_\_

Inicio del lenguaje: \_\_\_\_\_

Hábitos para comer: \_\_\_\_\_

Hábitos para dormir: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a esta siendo atendido por algún especialista? (neumólogo, neurólogo...)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_

Actividades que disfruta: \_\_\_\_\_

Actividades que le disgustan: \_\_\_\_\_

Relación con sus hermanos: \_\_\_\_\_

Relación con sus padres: \_\_\_\_\_

Narre alguna situación que haya marcado la vida escolar de su hijo (a):

---

---

---

¿Su hijo/a ha asistido a algún profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, especifique el motivo y si aún continúa recibiendo terapia.

---

---

¿Permite al PCIS contactar al especialista que está asistiendo a su hijo/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Favor facilitar el nombre del especialista e información de contacto.

---

Padre/Madre/Tutor