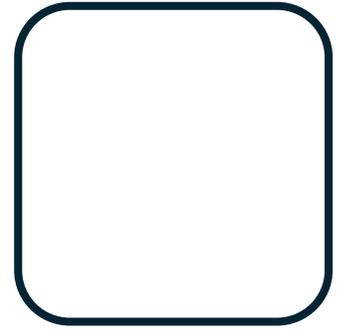




FICHA DE INGRESO DEL PARVULO MATRICULAS 2025

Av. salvador allende 1284, San miguel
Teléfono: +56968481063



I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL PÁRVULO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD AL 31 DE MARZO _____
C. IDENTIDAD _____ NACIONALIDAD _____
NIVEL _____ JORNADA _____
DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

HE ASISTIDO ALGUNA VEZ A:

Sala Cuna	SI	NO
Jardín Infantil	SI	NO

¿DÓNDE FUI? _____
¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

PARENTESCO _____ RUT _____
EDAD _____ NACIONALIDAD _____
ACTIVIDAD O PROFESION _____
TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

PARENTESCO _____ RUT _____
EDAD _____ NACIONALIDAD _____
ACTIVIDAD O PROFESION _____
TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

SITUACIÓN CONYUGAL:

CASADOS SEPARADOS CONVIVIENTES

NÚMERO DE HERMANOS _____ EDADES _____

III. ANTECEDENTES DE SALUD DEL PÁRVULO

¿EMBARAZO NORMAL? _____ OBS. _____
¿PARTO NORMAL? _____ OBS. _____
SEMANAS DE GESTACION _____
PESO AL NACER (Kg.) _____ TALLA AL NACER (cms.) _____

¿CÓMO ES MI SALUD?

¿ALGUNA VEZ HE SUFRIDO ENFERMEDADES, INTERVENCIONES QUIRURGIAS, TRATAMIENTO, ¿GOLPES O CAIDAS?

MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS:

ALERGIAS: _____

ALIMENTOS PROHIBIDOS POR PRESCRIPCION MEDICA (Adjuntar receta médica)

OTRAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACION

¿COME SOLO? SI _____ NO _____

TENGO CONTROL DE ESFINTER SI _____ NO _____

	DIURNO	NOCTURNO
Esfínter vesical		
Esfínter anal		

¿QUE EDAD TENIA CUANDO CONTROLE ESFINTER? _____

USO PAÑALES EN MI SIESTA SI _____ NO _____
AVISO CUANDO QUIERO IR AL BAÑO SI _____ NO _____

*AUTORIZO LA ASISTENCIA DEL PÁRVULO EN EL BAÑO (CAMBIO DE ROPA – MUDA)

FIRMA: _____

VI. OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES.

¿EL PÁRVULO CUENTA CON UN DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE DIAGNÓSTICO? SI ___ NO ___
¿CUÁL? _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI ___ NO ___ ¿CUÁL? _____ (adjuntar receta)

¿ASISTE A TERAPIAS? SI ___ NO ___ (adjuntar informes)

¿CUÁLES? _____

¿EN QUÉ HORARIO ASISTE?

NOMBRE PROFESIONAL: _____

CONTACTO: _____

*TOMO CONOCIMIENTO QUE EL EQUIPO EDUCATIVO REALIZARA POSIBLES DERIVACIONES CON OTROS PROFESIONALES CUANDO LO CONSIDERE NECESARIO: (FIRMA) _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL PÁRVULO DEL JARDÍN:

NOMBRE COMPLETO _____ CI _____ PARENTESCO _____

ISAPRE O PREVISIÓN DE SALUD DEL NIÑO/A _____

SEGURO DE ACCIDENTE O RESCATE MÓVIL _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

_____ FONO: _____

_____ FONO: _____

_____ FONO: _____

_____ FONO: _____

V. TOMA DE CONOCIMIENTOS.

TOMO CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO INTERNO DEL JARDIN INFANTIL RUKANTU:

FIRMA: _____

TOMO CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL JARDIN INFANTIL RUKANTU:

FIRMA: _____

- El reglamento interno y los protocolos se encuentran disponibles en la página web del jardín infantil en la sección Enlaces. (<https://jardininfantilrukantu.cl/>)

NOMBRE DEL APODERADO 1: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD _____ FIRMA _____

NOMBRE DEL APODERADO 2: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD _____ FIRMA _____