



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

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Nombre completo:	<small>APELLIDO PATERNO</small> <small>APELLIDO MATERNO</small> <small>NOMBRES</small>		
Edad:		Género:	
Número de celular: (estudiante)			
Número de Extraordinarios (en caso de no deber dejar en blanco)			
¿Trabaja?	SI	NO	Lugar y horario:
Zurdo o Diestro: _____	Idioma que dominas: Español: _____    Ingles: _____ Maya: _____    Otro: _____		
SALUD-ACADÉMICO			
Enfermedad crónica y/o Alergias	SI	NO	Mencionar:
Neurodivergencia con tratamiento	SI	NO	Especificar: Psicólogo: _____ Psiquiatra: _____ Neurólogo: _____ Otro: _____
Recibió apoyo de: (USAER, CAM U OTRO)	SI	NO	Especificar: Preescolar: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____
¿Asiste o asistió a terapia psicológica?	SI	NO	Especificar: Menos de 6 meses: _____

			Hace 1 año: _____ Actualmente: _____ Cada cuando: _____
¿Consume algún medicamento?	SI	NO	Especificar:
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>			
¿Con quién o quiénes vive el estudiante?	( ) Mamá ( ) Papá ( ) Hermanos (especificar cuantos) _____ ( ) Otros (especificar quién) _____		
¿Existe alguna situación legal?	SI Familiar ( ) Social ( ) Escolar ( )	NO	Observaciones:
Nombre del tutor oficial			
Número de celular		Correo electrónico	
Nombre del tutor suplente			
Número de celular		Correo electrónico	

Desea usted hacer algún comentario que considere importante:

---



---

Yo, tutor \_\_\_\_\_ Me comprometo a actualizar la información de este formato en caso de que hubiera alguna información ajena a lo que estoy respondiendo.

---

Nombre y firma del tutor