



Nivel Primario
Ficha Equipo de Orientación Escolar

Datos del/ de la estudiante

| | |
|-------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| DNI | |
| Fecha de Nacimiento | |
| Dirección | |
| Colegio de procedencia* | |

*si es ingresante en la Institución

Datos del responsable parental 1

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Vínculo | |
| ¿Convive con el estudiante? | |

Datos del responsable parental 2

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Vínculo | |
| ¿Convive con el estudiante? | |

Hermanos/as

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Institución Educativa | |
| Año escolar | |
| ¿Convive con el estudiante? | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Institución Educativa | |
| Año escolar | |
| ¿Convive con el estudiante? | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Institución Educativa | |
| Año escolar | |
| ¿Convive con el estudiante? | |

Otras personas que conviven con el/la estudiante

| | |
|-------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Parentesco | |

| | |
|-------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Parentesco | |

| | |
|-------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Edad | |
| Parentesco | |

Rutinas

¿A qué hora suele levantarse los días de semana? ¿Quién lo/la despierta? ¿Cómo reacciona al despertar?

¿Con quién desayuna? ¿Se encuentra de buen humor en los primeros momentos de la mañana?

Cuando el/la estudiante llega del colegio a casa, ¿quién lo acompaña?

¿Quién apoya al estudiante en la organización y realización de tareas, trabajos, etc.? ¿Tiene horarios establecidos para hacer la tarea?

¿A qué hora suele cenar? ¿Con quién lo realiza? ¿Hay distracciones como TV o celulares?

¿Qué actividades realiza antes de dormir?

¿Duerme en su propia habitación? ¿Solo/a?

¿Tiene resistencia para ir a dormir?

¿Mantiene rutinas de higiene personal de manera autónoma?

Desarrollo Socioemocional

¿Participa el / la estudiante en actividades sociales extracurriculares? (Ej: cumpleaños, deportes, etc.) **SI** - **NO**

¿En cuales?

¿Con qué frecuencia?

¿Juega en red mediante consola o computadora? **SI** - **NO** ¿Cuántas horas diarias le dedica? _____

¿Cuenta con celular propio? **SI** - **NO** ¿Cuántas horas diarias le dedica? _____

¿Hace uso de las redes sociales? **SI** - **NO** ¿Cuáles? _____

¿Cuántas horas diarias le dedica a las redes, juegos y celular?

¿Tiene la familia acceso a los perfiles del / de la estudiante en redes sociales? **SI** - **NO**

¿Qué contenido consume en línea?

¿Han establecido acuerdos familiares sobre uso de pantallas? **SI** - **NO**

¿Nota cambios de humor relacionados con el uso de dispositivos (tanto antes como después)? ¿Cuáles?

¿Cómo balancea las interacciones virtuales y presenciales?

¿Cómo maneja los conflictos con sus pares?

En situaciones grupales, ¿tiende a liderar o seguir?

¿Cómo reacciona cuando no logra lo que quiere o se propone?

Cuando otros están tristes o molestos, ¿cómo responde?

¿Qué lo/la hace sentir orgulloso/a de sí mismo/a?

¿Muestra dificultad para adaptarse a nuevas situaciones?

¿Cómo expresa sus gustos y disgustos?

¿Tiene facilidad para hacer amigos? ¿Mantiene esas amistades?

¿Qué situaciones le generan ansiedad o preocupación?

¿Cómo reacciona ante la crítica?

¿Busca ayuda cuando la necesita? ¿A quién recurre?

¿Qué aspectos de su personalidad destacan en el ámbito social?

¿Muestra comportamientos diferentes en casa y en otros entornos?

¿Cómo maneja la presión de sus pares?

Frente a un conflicto o situación muy demandante, ¿cómo considera que reacciona el/la estudiante? (ej: se angustia, demuestra ansiedad, llora, se irrita, busca soluciones, toma acciones, etc.)

¿Cuáles son las principales fortalezas del/de la estudiante?

¿Qué aspectos considera que tiene que mejorar?

¿Logra relacionarse con pares de su edad? ¿Cómo?

¿Evidencia miedo ante algo? **SI** - **NO**

¿Cuáles son sus miedos?

¿Ha tenido miedos que ha logrado superar? ¿Cuáles? ¿Cómo los superó?

¿Cómo maneja los cambios en sus rutinas?

¿Qué tipo de actividades lo/la calman cuando está alterado/a?

¿Cómo responde ante los límites?

¿Se abordan en casa las conversaciones sobre el cuerpo, las emociones y los vínculos? **SI** - **NO**

¿Han notado inquietudes específicas sobre su desarrollo físico o emocional? ¿Cuáles?

¿Qué información busca o comparte sobre cambios corporales y desarrollo?

¿Se siente incómodo/a en situaciones que involucran su cuerpo? **SI** - **NO**

¿Qué actitud muestra frente a la privacidad de su cuerpo y el de otros?

¿Cómo reacciona ante el contacto físico (abrazos, besos) de familiares o conocidos?

¿Cómo maneja las conversaciones sobre partes íntimas del cuerpo?

Ambiente Familiar

¿Qué actividades realiza con un adulto responsable?

¿Con quién?

¿Qué actividades realiza con su entorno familiar (abuelos, hermanos, primos, amigos de la familia, etc)?

¿Cómo reacciona ante un llamado de atención?

¿Con qué adultos comparte mayormente el almuerzo y la cena?

¿Cuánto tiempo se le dedica a esos momentos?

Recientemente, ¿transitó alguna pérdida o vivió alguna experiencia que pueda considerar traumática?

¿Hubo algún cambio familiar reciente? (Ej: mudanza, nacimiento, fallecimiento, etc)

¿Ha enfrentado o presenciado situaciones de violencia o abuso físico en su vida? (Tanto personal como hacia terceros)

¿Con quién comparte sus preocupaciones?

¿Qué actividades realiza la familia (sin dispositivos electrónicos) para fortalecer los vínculos?

Evaluaciones y Terapias

¿El/la estudiante presenta o ha presentado dificultades en la socialización, del lenguaje, psicomotricidad, atención, emocionales, etc.? ¿Cuáles? Realice una breve descripción.

¿Le han sugerido en alguna oportunidad realizar una evaluación o terapia en las áreas de lenguaje, aprendizaje, psicología, audiometría, psicomotriz, neurológica, etc? De ser así, detalle el motivo de dicha recomendación.

En caso de haber contestado positivamente el ítem anterior, completar la siguiente información

| Profesional evaluador / terapeuta | Fecha | Centro y/o especialista | Teléfono de contacto |
|--|-------|-------------------------|----------------------|
| Especialista en lenguaje / habla / voz | | | |
| Especialista en psicomotricidad | | | |
| Especialista de aprendizaje | | | |
| Psicólogo/a | | | |
| Neurólogo/a | | | |
| Otro: | | | |

Firma

Aclaración

Fecha