



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA
VILLANUEVA CORTES, HONDURAS
DIRECCIÓN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL



CONSTANCIA

El suscrito jefe de la Dirección de Desarrollo Económico y Social de la Municipalidad de Villanueva Cortes, hace constar que la **COLONIA WALTER PERDOMO** está registrada según nuestros archivos N° 72 de las Colonias, integrado de la siguiente manera:

N°	Nombre Completo	Identidad	Cargo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Dado en la ciudad de Villanueva Cortes, a los **SIETE DIAS (07)** día del mes de **SEPTIEMBRE** del dos mil dieciocho.

Atentamente,

Licda. Gladys Elizabeth Mejía Cruz
Directora De Desarrollo Social Y Económico

Copia A
Edwin Banegas



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Departamento de Desarrollo Economico - Social

LISTADO DE ASISTENCIA



LUGAR: _____

HORA: _____

FECHA: _____

EVENTO: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	N° IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

DIRECCION DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL

ACTA ORGANIZACIÓN DE PATRONATO



Reunidos los vecinos de la comunidad, Barrio, Colonia, Aldea. _____

Del municipio de Villanueva, Cortes, en el local que ocupa _____

El día _____ del año 2018, siendo las _____ para tratar

Asuntos relacionados con la elección del patronato de la comunidad; se presentó la siguiente agenda:

1. Comprobación del Quórum
2. Invocación a Dios
3. Apertura de la sesión
4. Bienvenida por el presidente de la comunidad.
5. Presentación del personal.
6. Palabras de protocolo en nombre del señor alcalde.
7. Elección de la Nueva Junta Directiva del Patronato
8. Tribuna libre.
9. Cierre de la reunión

DESARROLLO

1. Aprobado el quórum se dio por iniciada la sesión a las _____ y se aprobó la agenda.
2. Seguidamente se procedió a la invocación a Dios por _____
3. Presentación del personal de desarrollo económico y social por el presidente (a).
4. El representante de la Oficina de Desarrollo Económico y Social dio palabras de agradecimiento y bienvenida de parte del señor Alcalde Municipal.
5. Siguiendo el desarrollo de la agenda se procedió a la elección de la Nueva Junta Directiva de Patronato por la asamblea, quedando integrada de la siguiente manera.

CARGO	NOMBRE	IDENTIDAD	TELEFONO
Presidente			
Vice-Presidente			
Secretario (a)			
Tesorero			
Fiscal			
Vocal I			
Vocal II			
Vocal III			
Vocal IV			
Vocal V			
Vocal VI			

6. Palabras del presidente (a) recién electo (a)
7. Como último punto se dio tribuna libre donde los vecinos expusieron sus puntos de vista y exhortaron a los nuevos miembros del patronato a trabajar por el bien de la comunidad.

Sin otro asunto más que tratar se cerró la sesión a las _____ del día _____ del año 2018.

Promotor Social

Promotor Social

DESARROLLO SOCIO-ECONOMICO



PRESIDENTE (A) DE PATRONATO

Firma _____

Nombre _____ TESTIGO

Identidad _____

Firma _____

Nombre _____ TESTIGO

Identidad _____

Fecha de Formación _____ Fecha de Vencimiento _____



INFORME ELECCION DE PATRONATO



Reunidos los vecinos de la colonia, Barrio, Aldea: _____,
En el lugar que ocupa: _____, el día: _____ de _____ del
Año 2018, iniciando la reunión a las: _____, con una asistencia de: _____ Personas, para tratar
asuntos relacionados con la organización de patronato.

- Bienvenida: _____
- La oración fue ofrecida por el señor (a): _____
- Aprobando el Quórum se dio por iniciada la sesión y se aprobó la agenda.

Palabras del promotor social: _____, dando la bienvenida de parte del
señor Alcalde Municipal Dr. Walter Smelin Perdomo, y los incentiva a trabajar por el bien de la comunidad.

Propuestas de la asamblea:

- ✓ **PRESIDENTE (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **VICE-PRESIDENTE (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **SECRETARIO (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **TESORERO (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **FISCAL (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **VOCAL I (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____

- ✓ **VOCAL II (A):** _____
- Propone, Sr (a): _____
- ❖ Secunda, Sr (a): _____





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA
DIRECCION DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL



ACTA DE CAPACITACION

Por medio de la presente hacemos constar que hemos sido capacitados por el Departamento de Desarrollo Comunitario en lo que concierne a Funciones y atribuciones de miembros de la Junta Directiva de Patronato y Normas Parlamentarias y nos han entregado trifolios, para ser analizados los cargos de la Junta Directiva

CARGO	NOMBRE
Presidente	
Vice-Presidente	
Secretario (a)	
Tesorero	
Fiscal	
Vocal I	
Vocal II	
Vocal III	
Vocal IV	
Vocal V	
Vocal VI	

PROMOTOR SOCIAL

PROMOTOR SOCIAL

PRESIDENTE PATRONATO ELECTO

Lugar _____ Fecha _____



ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Datos generales

Fecha _____ No. Expediente _____

Nombre _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

Edad _____ Sexo m () f () Celular: _____, _____

Domicilio _____

Nombre de la escuela _____

Motivo de la consulta _____

Intentos de corregir el Problema _____

Constitución del núcleo familiar

Datos	Del padre	De la madre
Nombre		
Edad		
Ocupación		
Escolaridad		
Edo. General de Salud		
Dependencia		
Lugar de Nac.		
Estado Civil		

Familiares que co habitan en el hogar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad

Pertenece a una familia integrada () desintegrada () adoptiva ()
 (En caso de tutores también) _____

Antecedentes heredo familiares

Algún miembro de la familia presenta o presento padecimientos orgánicos funcionales importantes

¿Qué tipo de padecimientos? _____

Parentesco _____
trato _____

Actualmente él/ella se encuentra bajo algún tipo de tratamientos

Si () no () que tratamiento _____

Antecedentes Pre, Peri y Post Natales

Fue planeado el embarazo si () no () ¿Por qué? _____

Duración del embarazo _____

Enfermedades o accidentes durante el embarazo _____

Riñas durante el embarazo _____

Ingirió algún tipo de medicamentos durante el embarazo si () no () ¿cuáles? _____

Existió control médico durante el embarazo _____

Parto normal () cesárea () fórceps () otros ()

Duración del parto _____

Lloro inmediatamente al nacer si () no () color de piel _____

Peso _____ Parto atendido en: casa () hospital () clínica () otro ()

Alimentación: materna _____ de formula _____

Edad del Destete _____

Desarrollo Motor

A qué edad tuvo control de "niño sano" _____

A qué edad se sentó solo _____ A qué edad caminó _____ Gateo _____

Como considera los movimientos de su hijo _____

Comportamiento del niño durante la primera infancia _____

Desarrollo del lenguaje

A qué edad comenzó a decir sus primeras palabras _____

Las primeras frases _____

Presenta alguna dificultad para articular algún fonema _____

Tartamudez _____

Historia médica

Enfermedades y accidentes importantes _____

Ha presentado cuadros convulsivos _____

Que tratamiento ha recibido _____

Cuales han sido los cambios en el comportamiento del niño ante las enfermedades y/o accidentes _____

Desarrollo conductual

Como es el sueño del niño (a) _____

Con quien duerme el niño (a) _____

Ha necesitado algo para dormirse si () no () ¿por qué _____

Se mueve, habla, grita, llora o bruxismo mientras duerme _____

Presenta sonambulismo _____

Qué hace usted cuando no quiere dormir _____

Hay algo que le cause miedo _____

Control de esfínteres

A qué edad comenzó a avisar _____

Que procedimiento siguió _____

Como corrigió cuando no avisaba a tiempo _____

Que preparación se le ha dado al niño acerca de lo sexual _____

Historia escolar

Asistió a guardería si () no () ¿Cuál y cuánto tiempo? _____

Jardín de niños _____ rendimiento _____

Edad de ingreso a primaria _____

Que actitud tomo el niño al ingreso de la escuela _____

Grados reprobados _____ cuantas veces _____

Cambio de la escuela y/o maestro _____

¿Cuál ha sido su rendimiento escolar del niño (a)? _____

¿Quién se encarga de revisar las tareas del niño (a)? _____

¿Qué hace usted cuando el niño no quiere hacer la tarea? _____

Difiere el comportamiento del niño en la casa al de la escuela _____

Relaciones interpersonales

Se relaciona de manera adecuada con sus padres si () no () ¿por qué? _____

¿Cómo se relaciona con sus hermanos? _____

¿Cómo es la actitud de los padres hacia el niño? _____

¿Cuál es la opinión de los padres de su hijo? _____

¿Cuál es la actitud de su maestro (a)? _____

Como se relaciona con sus amigos _____

Juego

¿Cuáles son los juegos favoritos del niño? _____

En qué lugar juega _____

Horario _____ quienes participan en el juego _____

Dinámica familiar

Como califica usted su relación de pareja _____

¿Qué opina de su esposo (a)? _____

¿Qué opina de su esposo (a) como padre o madre? _____

¿Cómo se califica usted misma como madre? _____

¿Quién participa en las actividades que realiza en casa? _____

¿Quién se ha hecho cargo del niño la mayor parte del tiempo? _____

¿Cómo educan a los niños? _____

¿Quién toma las decisiones de reprender al niño cuando comete alguna travesura? _____

¿Cómo lo hace? _____

Observación final: _____

Entrevista realizada por: _____

Datos proporcionados por: _____



ENTREVISTA PSICOLÓGICA

I. Datos Generales

Nombre completo _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Grado de escolaridad: _____

Dirección: _____

Teléfono o cel. : _____

Lugar de trabajo: _____

II. Antecedentes clínicos.

- Información suministrada por paciente ()
- Información suministrada por familia ()
- Información suministrada por allegados ()
- Información suministrada por cuadro de historia clínica ()

2. Motivo de la consulta?

3. Desde cuando se presentan los síntomas?

4. ¿A los cuantos meses camino?

5. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?

SI _____ NO _____ ¿Porque? _____

6. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente _____ Psicológicamente _____ ¿Porque?

7. ¿Usted consume o ha consumido drogas?

SI _____ NO _____

Antecedentes Familiares

- | | | | |
|-----------------------|-----|-------------------------|-----|
| Enfermedades Venéreas | () | Nerviosas | () |
| Glandulares | () | Desórdenes alimenticios | () |
| Alcohol | () | Mentales | () |
| Orgánicas | () | Psicopatología | () |
| Drogas | () | Otros | () |

Especifique quién la presenta _____
Tratamiento recibido _____

Entorno Familiar

1. ¿Con quién vive?

2. ¿A qué tipo de familia pertenece?

Integrada _____ Desintegrada _____ Nuclear _____ Extendida _____

3. ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cómo es su relación con ellos?

4. ¿Cómo es la relación con su familia?

Buena _____ Mala _____ Regular _____ Indiferente _____ si es mala explique por qué?

5. ¿El tiempo que pasa con su familia es?

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

6. ¿Qué actividades realiza juntos?

7. ¿Cómo es su relación con su pareja?

Entorno social

1. ¿Tiene amigos?

SI _____ NO _____

2. ¿Qué tipo de amigos prefiere?

Hombre _____ Mujer _____ De su misma edad _____
Mayor _____ Menor _____

3. ¿Cómo es su relación con sus amigos?

Buena _____ Conflictiva _____ Regular _____

4. Las relaciones con sus amigos son:

Cortas _____ Duraderas _____ Otras _____

5. ¿Qué actividades comparte con sus amigos?

7. ¿Integra alguna fuerza viva en su comunidad?

SI _____ NO _____ = _____

Entorno laboral

1. ¿Trabaja? _____

2. ¿Dónde o en que trabaja?

3. ¿Le gusta su trabajo? SI _____ NO _____

4. ¿Cómo es la relación laboral con su jefe?

5. ¿Cómo es la relación interpersonal con sus compañeros de trabajo?

6. ¿Cómo es su ambiente laboral?

7. ¿Considera que su puesto actual va de acuerdo con su conocimiento, experiencia y nivel educativo?

SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

8. ¿Su ingreso económico es suficiente para cubrir las necesidades en el hogar?

SI _____ NO _____

9. ¿Cuenta con otra fuente de ingresos?

SI _____ NO _____ A Veces _____ Especifique _____

10. ¿Cuál es su horario de trabajo?

Diurno _____ Nocturno _____ Otros _____

11. ¿Se siente cómodo con su horario de trabajo?

SI _____ NO _____

Intereses

1. ¿Estudia o estudió? ¿Qué?

2. ¿Por qué estudió esa profesión u oficio?

3. ¿Lo que usted estudia es lo que siempre desea?

4. ¿Cómo fue su época escolar?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

5. ¿Cómo eran sus relaciones con sus maestros?

Buena _____ Regular _____ Mala _____ Indiferente _____

6. ¿Cuál es su asignatura preferida?

7. ¿Cuál es la asignatura que no le gusta?

8. ¿Recuerda una experiencia gratificante en su vida estudiantil?

9. ¿Recuerda una mala experiencia en su vida estudiantil?

10. ¿Tiene algún pasatiempo favorito?

Sí _____ No _____ ¿Cuál?

11. ¿Qué metas tiene para el futuro?

12. ¿Si se siente satisfecho con lo que ha alcanzado hasta hoy? ¿Por qué?

Entrevistador



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA, CORTES
ACADEMIA MUNICIPAL DE BELLEZA
LISTA DE ASISTENCIA



FECHA: ____ de _____ de 2018

CURSO: _____ JORNADA: _____

Nº	NOMBRE ALUMNA	NOMBRE MODELO	DOMICILIO DE LA MODELO	TRABAJO REALIZADO	FIRMA MODELO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Firma y Sello : _____



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA, CORTES
OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER



LISTA DE ASISTENCIA

ACTIVIDAD: _____

LUGAR: _____

FECHA: ___ / ___ / ___

Nº	NOMBRE COMPLETO	GENERO		CENTRO EDUCATIVO	TELEFONO	FIRMA
		H	M			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Firma y Sello: _____
 Maestro/Director

Nombre: _____
Telefono: _____



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA
Departamento de Desarrollo Socioeconómico
Oficina Municipal de la Mujer
Academia Municipal de Belleza



Hoja de Matricula

Datos personales

1. Nombre completo: _____
2. Numero de identidad: _____
3. Edad: _____
4. Domicilio completo: _____
5. Teléfono móvil: _____
6. Fecha de ingreso: _____

Primer año Segundo año

Nota: me comprometo a respetar documento y reglamento si lo hubiera

Firma de la alumna _____

Datos del responsable:

7. Nombre completo del responsable: _____
8. Parentesco: _____
9. Domicilio completo: _____
10. Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

Documentos pendientes

- Fotografías
- Partida de Nacimiento
- Copia de Cedula
- Copia de titulo (segundo nivel)

Firma del responsable: _____

Patricia Orellana
Directora



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA, CORTES
ACADEMIA MUNICIPAL DE BELLEZA

OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER



EVALUACION DE PRÁCTICA

Práctica Profesional
Estilista Profesional de Belleza

Valor 50%

Nombre del Salón de Belleza: _____

Nombre de la practicante: _____

Fecha de Inicio de práctica: _____

Fecha final de práctica: _____

Horario de práctica: _____

Desempeño de la practicante durante la práctica

Nota asignada: _____ %

Firma
Gerente propietaria

Firma y Sello
Directora Academia



ESCUELA MUNICIPAL DE ARTES



HOJA DE MATRICULA

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____

FECHA DE NACIMIENTOS _____

ÁREA DE ESTUDIO _____ EDAD _____

DOMICILIO _____

FECHA DE INGRESO _____

VIVE CON SUS PADRES: SI _____ NO _____ CON QUIEN _____

NIVEL ACADEMICO _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRE COMPLETA _____

IDENTIDAD _____

PROFECION U OFICIO _____

EDAD _____

TELEFONO _____

FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO





Municipalidad de Villanueva
Departamento de Cortes
Escuela Municipal de Villanueva



FICHA DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

QUE POSICIÓN JUEGA: _____

ESTUDIA: _____ DÓNDE: _____ GRADO: _____

JUEGA FEDERADO: _____ CATEGORÍA: _____

EQUIPO: _____

VIVE CON SUS PADRES: SI: _____ NO: _____ CON QUIÉN: _____

DATOS DEL PADRE:

NOMBRE: _____ ID: _____

EDAD: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

PROFESIÓN U OFICIO: _____

TRABAJA: _____ DÓNDE: _____ TEL: _____

SU HIJO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: SI: _____ NO: _____ CUÁL: _____





**EXPERIMENTAL BILINGUAL SCHOOL MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA
SOLICITUD DE ADMISIÓN**



AÑO LECTIVO _____

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ALUMNO(A)

1. Nombre del alumno(a) _____
2. Sexo () Masculino () Femenino
3. Edad _____
4. Fecha y lugar de nacimiento: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Departamento
5. Nacionalidad: _____
6. Dirección exacta _____ de _____ la
vivienda: _____
7. Escuela que proviene: _____ Localidad: _____

II. INFORMACION DE LOS PADRES

1. Nombre del padre: _____
2. Fecha y lugar de nacimiento: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Departamento
3. Nacionalidad: _____ No. de Teléfono: _____
4. Nombre de la madre: _____
5. Fecha y lugar de nacimiento: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Departamento.
6. Nacionalidad: _____ No. de Teléfono: _____

III. INFORMACIÓN DE SALUD

1. Tipo de Sangre: _____
2. ¿Presenta su hijo(a) algún problema de salud que le impida participar en el programa de Educación Física?
() Si () No
En caso de ser afirmativo, especifique: _____
3. Marque con una X si su hijo(a) padece algún tipo de alergia
 - Alimento especifique: _____
 - Medicamento especifique: _____
 - Otros especifique: _____
4. En caso de emergencia comunicarse con: _____ Parentesco con el
alumno(a): _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Hago constar que he leído y llenado el proceso de admisión de la Experimental Bilingual School y en caso de ser mi hijo(a) aceptado me comprometo en cumplir con los reglamentos del Centro Educativo tal y como aparecen en sus estatutos y reglamentos internos y que la información aquí descrita es de completa veracidad.

Firmada en la col. Brisas de El Calan, Villanueva, Cortés, el _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Nombre del Padre o Madre

Firma del padre o madre

Fecha: _____



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

BIBLIOTECA VIRTUAL LEMPIRA

Listado de Visita



No.	Nombre Completo	Edad	sexo		Institución	Hora de entrada	Hora de salida	Tema a Investigar	No. Maquina
			F	M					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Favor llenar correctamente cada uno de los datos.

LA BIBLIOTECA TE BRINDA INTERNET GRATIS PARA TUS TAREAS E INVESTIGACIONES. SE PROHIBE EL USO DE LAS REDES SOCIALES.

Fecha: _____



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

BIBLIOTECA VIRTUAL LEMPIRA

Listado de Visita



No.	Nombre Completo	Edad	sexo		Institución	Hora de entrada	Hora de salida	Tema a Investigar	No. Maquina
			F	M					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Favor llenar correctamente cada uno de los datos.

LA BIBLIOTECA TE BRINDA INTERNET GRATIS PARA TUS TAREAS E INVESTIGACIONES. SE PROHIBE EL USO DE LAS REDES SOCIALES.

CUADRO DE LECTURA
BIBLIOTECA VIRTUAL LEMPIRA

No.	Nombre	Edad	Titulo del libro	Autor	Fecha
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					



Taller: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

No.	Nombre Completo	Edad	sexo		Procedencia	Numero telefónico	Correo electrónico
			F	M			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

BIBLIOTECA VIRTUAL LEMPIRA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Diplomado de Inglés



PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO

DIRECCION:

Barrio o Colonia	Municipio	Departamento

Número telefónico	
-------------------	--

NIVEL A CURSAR

I NIVEL II NIVEL III NIVEL IV NIVEL V NIVEL

NIVEL ACADEMICO: _____

Fecha de inscripción

Día ____ Mes _____ Año: _____

En caso de ser menor de edad.

Firma del padre o encargado _____

Número de teléfono: _____



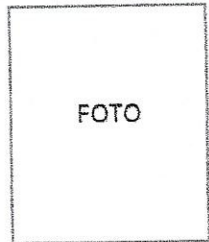


MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

BIBLIOTECA VIRTUAL LEMPIRA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Capacitación de Computación Básico



PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO

DIRECCION:

Barrio o Colonia	Municipio	Departamento

Número telefónico	
-------------------	--

NIVEL ACADÉMICO: _____

Fecha de Inscripción

Día ___ Mes _____ Año: _____

En caso de ser menor de edad.

Firma del padre o encargado: _____

Número de teléfono: _____





Ficha de Inscripción

Proyecto CiberCOMVIDA



Nombre del alumno (a):

Sexo: F M

Dirección:

Trabaja: Si No

Teléfono:

Estudia: Si No

Edad:

Responsable:

Teléfono:

Firma:





Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Ficha de afiliación de Voluntario del PMIAJ

Datos Personales: _____

Fecha de inscripción: _____

Número de Identidad: _____

Edad: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Nombres de los Padres

Madre: _____

Numero de cedula: _____

Teléfono: _____

Padre: _____

Numero de cedula: _____

Teléfono: _____

Encargado: _____

Numero de cedula: _____

Teléfono: _____

Área de atención psicológica, PMIAJ/COMVIDA
Entrevista psicológica inicial para niños y niñas

Datos Generales

Fecha

Nombre:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:		
Pasati.:	Lugar de nacimiento:	
Remite:	Hermanos:	Orden de nac.
Hospitalizaciones:		
Alergias:	Escolaridad:	
Motivo:		
Diagnósticos anteriores:		
Acompañante o responsable		Teléfono

Desarrollo primera infancia

- Hablar
- Gatear
- Caminar
- Socializar
- Lactancia
- Juego
- Acontecimientos importantes

Desarrollo actual

- Lateralidad
- Ubicación Temporal
- Ubicación Espacial
- M. Fino
- M. Grueso
- Fluidez verbal

Etapa preescolar

Área Académica

Conducta observada

Pre-embarazo

Historial de salud emocional

Embarazo

1- 3ã

4-7 ã

7-12ã

Habilidades