



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEFIMÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

# CATÁLOGO DE FORMATOS INTERNOS DE LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN INICIAL

**CICLO ESCOLAR 2025-2026**

Estimadas Directoras (es), Subdirectoras (es), Docentes y Agentes educativos:

La gestión eficiente de un Centro de Atención Infantil (CAI) de educación básica en el marco de la Nueva Escuela Mexicana requiere del uso adecuado de diversos formatos internos que permiten recopilar, organizar y analizar información relevante para la toma de decisiones. Estos formatos, diseñados de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Educación Pública, son herramientas fundamentales para fortalecer la calidad educativa, favorecer el desarrollo integral de las niñas y niños, y promover la participación activa de la comunidad educativa.

Es esencial que los directivos, docentes y personal administrativo de los Centros de Atención Infantil conozcan y utilicen de manera efectiva los formatos internos, garantizando su correcta implementación y actualización continua. Estos documentos permiten recabar información sobre el desarrollo cognitivo, emocional y social de las y los niños, así como sobre las necesidades de formación del personal y los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado del centro.

En el marco de la Nueva Escuela Mexicana, se busca impulsar una educación de calidad, inclusiva y equitativa que atienda las necesidades específicas de las y los niños desde una perspectiva integral. Por tanto, el uso de los formatos internos en un CAI adquiere especial relevancia, ya que contribuye a monitorear el progreso de las y los estudiantes, identificar áreas de mejora y diseñar estrategias pedagógicas personalizadas que respondan a las necesidades de cada niña y niño.

En caso de que la autoridad inmediata superior requiera información de manera oficial, se deberá atender por los medios oficiales correspondientes, cuidando en todo momento el interés superior de la niñez y de la comunidad educativa en general.

Es importante se lleve a cabo la revisión permanente de los formatos, cuidando en todo momento que no sean una carga administrativa para los docentes.

Por lo que, la implementación adecuada de los formatos internos en un Centro de Atención Infantil de educación básica es fundamental para fortalecer la calidad educativa, promover el bienestar de las niñas y niños, y avanzar hacia una educación más inclusiva y equitativa en el marco de la Nueva Escuela Mexicana.

## CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

### CONTROL ESCOLAR

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
AUTENT-01 y 02 Carta de autorización para la entrega de la y los estudiantes.	7 y 8	Al inicio y durante el ciclo escolar. Formato enviado por el área central.
Públicas y Particulares		
AUTSAL-01 y 02 Carta de autorización para la salida de las y los estudiantes.	9 y 10	Al inicio y durante el ciclo escolar. Formato enviado por el área central.
Públicas y Particulares		
ASA-01 y 02 Aviso para la salida anticipada de las y los estudiantes.	11 y 12	A solicitud de la madre, padre de familia o persona tutora. Formato enviado por el área central.
Públicas y Particulares		

### ESPECIALISTAS

#### ÁREA NUTRICIÓN

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-N-01 Tarjeta de Movimiento de Almacén.	13	Llenado por la ecónoma para control interno del CAI (Diariamente y semanal). Formato enviado por el área central.

#### ÁREA MÉDICA

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-E-01 Entrevista Única de Nuevo Ingreso.	16	Llenado por el Área Médica para control interno del CAI (Al ingresar la niña o niño). Formato enviado por el área central.

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	PÁGINA	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-M-02 Solicitud de Autorización a los Padres para la Atención Médica de Urgencia a la Niña o Niño.	18	Llenado por padres de familia para control interno del CAI (Al ingresar). Formato enviado por el área central.
INI-M-05 Ficha Personal.		Llenado por el Médico Escolar para control interno del CAI (Agosto y enero o al ingreso del personal nuevo). Formato enviado por el área central.
INI-M-06 Hoja de Evolución.		Llenado por el Médico Escolar para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-M-07 Hoja de Control de Inmunizaciones del Niño y Niña.		Llenado por la Enfermera para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-M-08 Carta Compromiso.		Llenado por el Médico tratante para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-M-09 Hoja de Canalización de Servicios Médicos.		Llenado por el Médico o Enfermera para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-M-10 Hoja de Morbilidad.		Llenado por el Médico Escolar para control interno del CAI (Cada vez que se presente algún accidente/análisis mensual). Formato enviado por el área central.
INI-M-11 Casuística de Accidentes.		Llenado por el Médico Escolar para control interno del CAI (Cada vez que se presente algún accidente/análisis mensual). Formato enviado por el área central.

### ÁREA PSICOLÓGICA

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	PÁGINA	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-P-04 Solicitud de Atención Psicológica.		Llenado por Docente para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-P-05 Hoja de Evolución.		Llenado por Psicólogo para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-P-06 Reporte Psicológico.		Llenado por Psicólogo para control interno del CAI (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.

### ÁREA TRABAJO SOCIAL

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-TS-03 Cédula Individual de Actualización de Datos.		Llenado por Trabajo Social para control interno del CAI (Septiembre). Formato enviado por el área central.
INI-TS-04 Concentrado de la Cédula de Actualización de Datos.		Llenado por Trabajo Social para control interno del CAI (Septiembre). Formato enviado por el área central.
INI-TS-06 Hoja de Seguimiento.		Llenado por Trabajo Social para control interno del CAI y Supervisión de Área (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-TS-07 Investigación de Ausentismo Infantil.		Llenado por Trabajo Social para control interno del CAI y Supervisión de Área (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-TS-08 Control de Población Infantil Inscrita.		Llenado por Trabajo Social para control interno del CAI y Supervisión de Área (Inicio de ciclo escolar y actualización en cada nuevo ingreso). Formato enviado por el área central.

## ÁREA ODONTOLÓGICA

FORMATO CLAVE Y NOMBRE	P Á G I N A	PERIODO DE ATENCIÓN
INI-O-01 Carta de Presentación y Compromisos.		Llenado por Odontólogo y padres de familia para control interno del CAI (Al inicio del Ciclo Escolar y al ingreso del niño al CAI). Formato enviado por el área central.
INI-O-02 Ficha Odontológica.		Llenado por Odontólogo para control interno del CAI (Octubre a noviembre/marzo a abril). Formato enviado por el área central.
INI-O-03 Contra referencia Odontológica.		Llenado por Odontólogo y especialista tratante para control interno del CAI y Padres de familia (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-O-04 Constancia de Salud Bucal.		Llenado por Odontólogo para control interno del CAI y madres, padres de familia o personas tutoras (Cuando se requiera). Formato enviado por el área central.
INI-O-05 Seguimiento de Rehabilitación Estomatológica.		Llenado por Odontólogo para control interno del CAI (Durante el ciclo escolar). Formato enviado por el área central.
INI-O-10 Programa de Salud Bucal (Orientación a la niña o niño).		Llenado por Odontólogo para control interno del CAI (Durante el ciclo escolar). Formato enviado por el área central.
INI-O-11 Relación de Temas Desarrollados Encaminados a la Preservación de la Salud Bucal.		Llenado por Odontólogo para control interno del CAI (Durante el ciclo escolar). Formato enviado por el área central.

AUTENT-01 y 02 CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE LAS Y LOS ESTUDIANTES



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

**Carta de autorización de la madre, padre de familia o tutor para la entrega de las y los estudiantes**

**Ciclo Escolar 20\_\_ - 20\_\_**

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a): \_\_\_\_\_  
de la Escuela: \_\_\_\_\_

La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ madre, padre de familia y/o persona tutora de la o del estudiante \_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 31, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 129, fracciones I y III, de la Ley General de Educación, en el que se establece que: "*Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años reciban la educación preescolar, primaria, secundaria...*"; fracción III. *Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen...*"; y en los numerales establecidos en la **Guía Operativa para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica, Especial y para Adultos de Escuelas Públicas en la Ciudad de México**, relativo al ingreso y entrega de las y los estudiantes en planteles de educación básica.

Autorizamos para que nuestra (o) hija (o) al término de la jornada escolar se entregue a las siguientes personas debidamente identificadas en la credencial emitida por la escuela, con fotografías:

Nombre Completo	Parentesco	Domicilio y No. Telefónico de contacto

Por lo anterior, deslindamos al plantel de toda responsabilidad o consecuencias legales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La AEFCM trata los datos personales conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (DOF 20/03/2025), únicamente para fines académicos y administrativos. Consulta aviso de privacidad integral: <https://www.aefcm.gob.mx/proteccion-datos-personales/DGPPEE/>



**Carta de autorización de la madre, padre de familia o tutor para la entrega de las y los estudiantes**

**Ciclo Escolar 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_**

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a): \_\_\_\_\_  
de la Escuela: \_\_\_\_\_

La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ madre, padre de familia y/o persona tutora de la o del estudiante  
\_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_\_ grado,  
grupo \_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 31, fracción I, de la  
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 129, fracciones I y III, de la Ley General de  
Educación, en el que se establece que: "*Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus  
hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años reciban la educación preescolar, primaria, secundaria...*"; *fracción III. Colaborar con las  
instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen...*"; y en  
los numerales establecidos en la **Guía Operativa para para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación  
Básica para Escuelas Particulares en la Ciudad de México, Incorporadas a la SEP**, relativo al ingreso y entrega de las y los  
estudiantes en planteles de educación básica.

Autorizamos para que nuestra (o) hija (o) al término de la jornada escolar se entregue a las siguientes personas debidamente  
identificadas en la credencial emitida por la escuela, con fotografías:

Nombre Completo	Parentesco	Domicilio y No. Telefónico de contacto

Por lo anterior, deslindamos al plantel de toda responsabilidad o consecuencias legales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La escuela particular \_\_\_\_\_ es responsable de tratar sus datos personales con  
fundamento en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y los lineamientos emitidos por la AEFM. Los  
datos personales recabados los utilizaremos para las siguientes finalidades: Gestión académica, inscripción, evaluación, emisión de certificados  
y boletas, cobro de colegiaturas y comunicación institucional. Ejercicio de Derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición): Puede  
ejercer sus derechos ARCO a través del correo: (@colegio.com) o en nuestras oficinas \_\_\_\_\_  
El Aviso de Privacidad Integral está disponible en: \_\_\_\_\_ (vínculo electrónico).



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF** CIUDAD **MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

**Carta de autorización de la madre, padre de familia o persona tutora para la salida de las y los estudiantes al término de la jornada escolar**

**Ciclo Escolar 20\_\_ - 20\_\_**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a) \_\_\_\_\_

de la Escuela \_\_\_\_\_.

La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, madre, padre de familia o persona tutora de la o el estudiante \_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento a lo establecido en el artículo 31 fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como del Artículo 129 fracciones I. y III. de la Ley General de Educación en el que se establece que *"Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años, reciban la educación preescolar, la primaria, la secundaria, ...", fracción III. Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen; ..."* y de la **Guía Operativa para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica, Especial y para Adultos de Escuelas Públicas en la Ciudad de México** relativo al ingreso y entrega de las y los estudiantes en planteles de educación básica.

SI \_\_\_ o NO \_\_\_ autorizo para que nuestra (o) hija (o) al término de la jornada escolar se retire sola (o) del plantel educativo, portando la credencial de identificación emitida por la escuela y se traslade al domicilio:

\_\_\_\_\_, lo anterior, debido a que: \_\_\_\_\_

Para cuidar su integridad le comunico que llevo a cabo las siguientes acciones: \_\_\_\_\_

En este sentido, deslindamos al plantel de toda responsabilidad en el traslado al domicilio antes mencionado.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona  
tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o  
persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La AEFM trata los datos personales conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (DOF 20/03/2025), únicamente para fines académicos y administrativos. Consulta aviso de privacidad integral: <https://www.aefcm.gob.mx/proteccion-datos-personales/DGPPEE/>



**Carta de autorización de la madre, padre de familia o persona tutora para la salida de las y los estudiantes al término de la jornada escolar**

**Ciclo Escolar 20\_\_ - 20\_\_**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a) \_\_\_\_\_  
de la Escuela \_\_\_\_\_.  
La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, madre, padre de familia o persona tutora de la o el estudiante \_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento a lo establecido en el artículo 31 fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como del Artículo 129 fracciones I. y III. de la Ley General de Educación en el que se establece que *"Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años, reciban la educación preescolar, la primaria, la secundaria, ...", fracción III. Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen; ..."* y de la **Guía Operativa para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica para Escuelas Particulares en la Ciudad de México, Incorporadas a la SEP**, relativo al ingreso y entrega de las y los estudiantes en planteles de educación básica.

SI\_\_ o NO\_\_ autorizo para que nuestra (o) hija (o) al término de la jornada escolar se retire sola (o) del plantel educativo, portando la credencial de identificación emitida por la escuela y se traslade al domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lo anterior, debido a que: \_\_\_\_\_

Para cuidar su integridad le comunico que llevo a cabo las siguientes acciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En este sentido, deslindamos al plantel de toda responsabilidad en el traslado al domicilio antes mencionado.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La escuela particular \_\_\_\_\_ es responsable de tratar sus datos personales con fundamento en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y los lineamientos emitidos por la AEFCM. Los datos personales recabados los utilizaremos para las siguientes finalidades: Gestión académica, inscripción, evaluación, emisión de certificados y boletas, cobro de colegiaturas y comunicación institucional. Ejercicio de Derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición): Puede ejercer sus derechos ARCO a través del correo: (@colegio.com) o en nuestras oficinas \_\_\_\_\_

El Aviso de Privacidad Integral está disponible en: \_\_\_\_\_ (vínculo electrónico).



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEFCM** CIUDAD DE MÉXICO  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

**Aviso de autorización para la salida anticipada de las o los estudiantes**

**Ciclo Escolar 20\_\_\_ - 20\_\_\_**

Ciudad de México a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a): \_\_\_\_\_  
de la Escuela \_\_\_\_\_

La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ madre, padre de familia o persona tutora de la o el estudiante \_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 31, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 129, fracciones I y III, de la Ley General de Educación, en el que se establece que: "*Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años reciban la educación preescolar, primaria, secundaria...*"; fracción III. *Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen...*"; y en los numerales establecidos en la **Guía Operativa para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica, Especial y para Adultos de Escuelas Públicas en la Ciudad de México**, relativo al ingreso y entrega de las y los estudiantes en planteles de educación básica.

Autorizamos para que nuestra (o) hija (o) salga del plantel antes de que concluya la jornada escolar debido a que: \_\_\_\_\_ y se entregue a las siguientes personas debidamente identificadas en la credencial emitida por la escuela, con fotografías:

Nombre Completo	Parentesco	Domicilio y No. Telefónico de contacto

Por lo anterior, deslindamos al plantel de toda responsabilidad o consecuencias legales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La AEFCM trata los datos personales conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (DOF 20/03/2025), únicamente para fines académicos y administrativos. Consulta aviso de privacidad integral: <https://www.aefcm.gob.mx/proteccion-datos-personales/DGPPEE/>



**Aviso de autorización para la salida anticipada de las o los estudiantes**

**Ciclo Escolar 20\_\_ - 20\_\_**

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Director (a): \_\_\_\_\_

de la Escuela \_\_\_\_\_

La (los) que suscriben CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ madre, padre de familia o persona tutora de la o el estudiante \_\_\_\_\_, inscrita (o) en el \_\_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_ de educación \_\_\_\_\_, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 31, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 129, fracciones I y III, de la Ley General de Educación, en el que se establece que: "*Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años reciban la educación preescolar, primaria, secundaria...*"; *fracción III. Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen...*"; y en los numerales establecidos en la **Guía Operativa para para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica para Escuelas Particulares en la Ciudad de México, Incorporadas a la SEP**, relativo al ingreso y entrega de las y los estudiantes en planteles de educación básica.

Autorizamos para que nuestra (o) hija (o) salga del plantel antes de que concluya la jornada escolar debido a que: \_\_\_\_\_ y se entregue a las siguientes personas debidamente identificadas en la credencial emitida por la escuela, con fotografías:

Nombre Completo	Parentesco	Domicilio y No. Telefónico de contacto

Por lo anterior, deslindamos al plantel de toda responsabilidad o consecuencias legales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la madre o persona tutora**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre o persona tutora**

Nota: La madre, padre de familia o persona tutora, deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.

**Leyenda de Protección de Datos Personales:** La escuela particular \_\_\_\_\_ es responsable de tratar sus datos personales con fundamento en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y los lineamientos emitidos por la AEFCM. Los datos personales recabados los utilizaremos para las siguientes finalidades: Gestión académica, inscripción, evaluación, emisión de certificados y boletas, cobro de colegiaturas y comunicación institucional. Ejercicio de Derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición): Puede ejercer sus derechos ARCO a través del correo: (@colegio.com) o en nuestras oficinas \_\_\_\_\_  
El Aviso de Privacidad Integral está disponible en: \_\_\_\_\_ (vínculo electrónico).



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Informar sobre ingresos y egresos de insumos para nutrición en el almacén.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Procesar incidencias.	Ecónoma(o).	Diario y semanal.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil.	

ESPECIALISTAS

ÁREA MÉDICA

Clave y Nombre del Formato	Nombre
*INI-E-01	Entrevista Única de Nuevo Ingreso.
INI-M-02	Solicitud de Autorización a las madres, padres de familia y/o persona tutora para la Atención Médica de Urgencia a la niña o niño.
INI-M-05	Ficha de Personal.
INI-M-06	Hoja de Evolución.
INI-M-07	Hoja de Control de Inmunizaciones de la niña o niño.
INI-M-08	Carta Compromiso.
INI-M-09	Hoja de Canalización de Servicios Médicos.
INI-M-10	Hoja de Morbilidad.
INI-M-11	Casuística de Accidentes.

Nota: \*En el caso del llenado del formato INI-E-01 se realizará en una sola ocasión, la información contenida en el mismo debe de ser colegiada entre los especialistas del Área Médica, Área Psicológica y Área de Trabajo Social.

# INI-E-01 ENTREVISTA ÚNICA DE NUEVO INGRESO



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS  
COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN INICIAL Y PREESCOLAR

## Entrevista Única

Centro de Atención Infantil No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos del (la) niño (a)

### Ficha de Identificación del (de la) niño (a)

Nombre: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo y RH \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sala a la que ingresa: \_\_\_\_\_

Domicilio Particular \_\_\_\_\_  
Calle número exterior o interior \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía y Entidad Federativa \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_

### Datos de los Padres

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

Trabaja en: \_\_\_\_\_

Domicilio del Trabajo: \_\_\_\_\_

Horario del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

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

Trabaja en: \_\_\_\_\_

Domicilio del Trabajo: \_\_\_\_\_

Horario del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Datos de otra persona que en caso necesario pueda recoger al (a la) niño (a)

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el (la) niño (a): \_\_\_\_\_

Trabaja en: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_  
Calle y número Exterior e Interior \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Alcaldía y Entidad Federativa \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Concentrar la información relativa al estado de salud de las niñas y niños que ingresan al CAI.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato (páginas 2 a la 5).	Área Médica (llena parte correspondiente).	Una vez al ingresar la niña o niño.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

Nota: \* En el caso del llenado del formato INI-E-01 se realizará en una sola ocasión, la información contenida en el mismo debe ser colegiada entre los especialistas del Área Médica, Área de Psicología, Área de Nutrición, Área de Odontología y Área de Trabajo Social.

INI-M-02 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O PERSONA TUTORA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA A LA NIÑA O NIÑO



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-M-02

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O PERSONA TUTORA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA A LA NIÑA O NIÑO**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Área Médica

C. Directivo del Centro de Atención Infantil No. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Clave Económica \_\_\_\_\_

Presente

Por medio de la presente doy autorización para que mi hija(o): \_\_\_\_\_

durante su permanencia en el CAI, se le practiquen curaciones, se le den medicamentos de urgencia, o sea trasladado a la Unidad Médica en caso de ser necesario.

Así mismo, libero de responsabilidad a esta Institución y a la Secretaría de Educación Pública de las consecuencias que mi hija(o) se le presente por alguna patología y/o tratamiento médico, así como de la información inoportuna y veraz del estado de salud que guarda mi hija(o) y que no haya proporcionado.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Sr(a). (Nombre y Firma)

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Testigo  
(Nombre y Firma)

\_\_\_\_\_  
Testigo  
(Nombre y Firma)

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Proporcionar autorización para que la niña o niño reciba atención médica de urgencia, así como mantener una comunicación oportuna acerca del estado de salud de sus hijas o hijos.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Madres, padres de familia o persona tutora.	Al ingresar.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

## INI-M-05 FICHA DE PERSONAL



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF** Autoría Educativa **MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

**INI-M-05**

### FICHA DE PERSONAL

Datos del Plantel:

CAI No. \_\_\_\_\_ Clave Económica \_\_\_\_\_ Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Médica

- Nombre de la o el trabajador \_\_\_\_\_
  - Función \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_
  - Edad \_\_\_\_\_
  - Sexo \_\_\_\_\_
  - Estado Civil \_\_\_\_\_
- Persona a la que se avise en caso de emergencia
  - 1) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### PADECIMIENTOS IMPORTANTES

Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial Sistémica \_\_\_\_\_ Hipotensión \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_ Cardiopatías \_\_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

Insuficiencia Venosa \_\_\_\_\_ Enf. Articular Degenerativa \_\_\_\_\_

Alteración Auditiva \_\_\_\_\_ Alteraciones Visuales \_\_\_\_\_ Enf. Renales \_\_\_\_\_

Enf. Dermatológicas \_\_\_\_\_ Gastritis \_\_\_\_\_ COVID 19 \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico médico y tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergia algún medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega solicitud exámenes de laboratorio: \_\_\_\_\_

Recepción de resultados: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Así mismo libero de responsabilidad a la Institución sobre las consecuencias de alguna patología y/o tratamiento médico sobre los cuales no haya proporcionado la información oportuna y veraz.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Cédula Profesional

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Personal

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Proporcionar información sobre el estado de salud del personal que labora en el CAI.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Médico del CAI.	Agosto y enero o al ingreso de personal nuevo.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil.	



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Registrar todo evento clínico relacionado con la salud de la niña o niño para llevar un adecuado seguimiento y/o accidentes relevantes.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Médico del CAI.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil.	

INI-M-07 HOJA DE CONTROL DE INMUNIZACIONES DE LA NIÑA Y NIÑO



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
 Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-M-07

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
B C G	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	ÚNICA	AL NACER	
HEXAVALENTE	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMELITIS E. INFECCIONES POR H. INFLUENZA e b.	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
NEUMOCOCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑOS	
		SEGUNDA	18 MESES	
		REFUERZO	6 AÑOS	
S R	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
VARICELA		PRIMERA	12 MESES	
		SEGUNDA	4 AÑOS	
OTRAS VACUNAS				

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Registrar el cumplimiento del cuadro inmunológico de la niña y niño.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al Inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Enfermera.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

INI-M-08 CARTA COMPROMISO



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-M-08

**CARTA COMPROMISO**  
**Excluyente de Responsabilidad**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

C. \_\_\_\_\_

**Directivo del CAI N° \_\_\_\_\_**

**Presente**

La suscrita señora \_\_\_\_\_ y señor \_\_\_\_\_ en mi carácter de madre y padre de familia de la o el menor \_\_\_\_\_, estudiante de \_\_\_\_ meses de edad, inscrito en el grupo de \_\_\_\_\_ grado de educación \_\_\_\_\_ perteneciente al CAI N° \_\_\_\_\_, donde acude de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas, de lunes a viernes, ante usted vengo a manifestar, bajo protesta de decir verdad, lo siguiente:

1.- Mi hija(o) tiene diagnosticado el padecimiento denominado \_\_\_\_\_, conforme al informe médico de fecha \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_ (anotar el nombre y cédula profesional, domicilio del consultorio, número telefónico local y celular del médico tratante), y por tal motivo presenta características físicas que requieren de determinados cuidados que consisten en:

a)

b) El médico tratante sugiere que la o el estudiante no desempeñe las siguientes actividades dentro del plantel educativo, hasta nueva revisión médica.

(Es de suma importancia que la madre, padre de familia o persona tutora de la o el estudiante inscrito en el CAI N° \_\_\_\_\_ remita todas las documentales médicas al Directivo del CAI con el diagnóstico, recomendaciones del o los médicos tratantes, así como de las actividades que puede y no puede realizar la o el estudiante dentro del plantel educativo).

2.- Para el caso de que durante la jornada escolar mi menor hija(o) llegare a presentar alguna situación de riesgo, accidente o crisis de salud derivados directamente del padecimiento que presenta, la suscrita señora \_\_\_\_\_ y señor \_\_\_\_\_ excluyen expresamente al personal del centro educativo de toda clase de responsabilidad, debido a que el riesgo de mi menor hija(o) ya es preexistente.



**3.-** De acontecer tales riesgos de salud emergentes, se autoriza al personal del centro educativo a realizar e implementar las medidas urgentes de atención indicadas por el médico tratante y que a continuación refiero: (enunciar cada una de las acciones que resulten recomendables implementar por el médico en caso de emergencia).

Procedimiento:

En este supuesto solicito ser notificada(o) a la brevedad posible a los números telefónicos \_\_\_\_\_ para que acuda al centro educativo a brindar la atención que amerite mi menor hija(o). También autorizo a dicho personal a solicitar el apoyo asistencial médico de emergencia a instituciones públicas o privadas que puedan brindar auxilio a mi menor hija(o), incluso a ser trasladado a alguna de dichas instituciones para que reciba la asistencia médica y hospitalaria que requiera.

**Especifique el hospital al que es derecho habiente y 2 hospitales más cercanos (a su domicilio y/o al CAI).**

Atentamente

Sra. \_\_\_\_\_

Sr. \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Informar sobre los problemas de salud de la niña o niño y deslindar responsabilidades al CAI.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al Inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Médico tratante, madre,padre de familia o persona tutora.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	
Primera copia:	madre,padre de familia o persona tutora.	
Segunda copia:	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	

## INI-M-09 HOJA DE CANALIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-M-09

### HOJA DE CANALIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Área Médica del CAI No. \_\_\_\_\_ Con Clave Económica \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Presente.

Sr(a). \_\_\_\_\_

Comunico a usted, que su hija(o) \_\_\_\_\_  
ha presentado este día durante su permanencia en el CAI, los siguientes signos y/o síntomas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

por lo que se le solicita, se sirva llevarlo(a) a la institución a la cual es derechohabiente o a su médico particular, informando al médico del CAI tratamiento e indicaciones médicas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### PARA SER LLENADO POR SU MÉDICO TRATANTE

Estimado Doctor(a):

Favor de indicar sus impresiones diagnósticas, seguimiento y/o recomendaciones a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Cédula Profesional

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la Institución

**Nota:** Es requisito indispensable para el reingreso de la niña(o) la presentación de esta forma ya contestada por su médico tratante y copia de la(s) receta(s) médica(s).

\_\_\_\_\_  
Firma del Directivo

\_\_\_\_\_  
Sello del plantel

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Informar al padre de familia sobre los síntomas y/o signos presentados por la niña o niño durante el día.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Médico o Enfermera del CAI.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original.	Madres, padres de familia o persona tutora.	
Primera copia.	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

## INI-M-10 HOJA DE MORBILIDAD



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

**INI-M-10**

### MORBILIDAD

CAI: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)	Sala	Fecha	Hora	Signos y síntomas	Diagnóstico	Manejo	Observaciones	Firma madre, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico del CAI

Sello del plantel

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Directivo del CAI

## DESCRIPCIÓN

<b>FINALIDAD</b>		
Contar con la información de las enfermedades más frecuentes en las niñas y niños.		
<b>CRONOGRAMA</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fechas</b>
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar
Llenar el formato.	Médico del CAI.	Cada vez que se presente algún accidente.
Análisis del formato.	Médico del CAI.	Mensual.
<b>DESTINATARIO</b>		
Original:	Centro de Atención Infantil.	

## INI-M-11 CASUÍSTICA DE ACCIDENTES



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF** Ciudad **MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

### CASUÍSTICA DE ACCIDENTES

INI-M-11

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Área Médica del CAI No. \_\_\_\_\_ con Clave Económica \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

PRESENTE.

NOMBRE DEL NIÑO	HORA	SALA	SITUACIÓN ESPECIAL DEL NIÑO (FACTOR PRECIPITANTE)	REGIÓN ANATOMICA AFECTADA	EXPLORACIÓN FÍSICA – DIAGNOSTICO	MOMENTO DE LA RUTINA	LUGAR DE CAI	NO. DE PERSONAS QUE SE ENCONTRABAN AL FRENTE DEL GRUPO	TIPO DE TENCIÓN REQUERIDA	PERSONAL QUE BRINDA LA ATENCIÓN	SE REQUIERE CANALIZACIÓN SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL FAMILIAR QUE SE LE INFORMA DE LO SUCEDIDO

\_\_\_\_\_  
Médico del CAI

Sello del CAI

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo. Director(a)

### DESCRIPCIÓN

<b>FINALIDAD</b>		
Analizar las causas de los accidentes infantiles dentro del Centro.		
<b>CRONOGRAMA</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fechas</b>
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Médico del CAI.	Cada vez que se presente algún accidente.
Análisis del formato.	Médico del CAI.	Mensual.
<b>DESTINATARIO</b>		
Original:	Centro de Atención Infantil.	

ESPECIALISTAS  
ÁREA DE PSICOLÓGICA

Clave y Nombre del Formato	Nombre
INI-P-04	Solicitud de Atención Psicológica.
INI-P-05	Hoja de Evolución.
INI-P-06	Reporte Psicológico.

INI-P-04 SOLICITUD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

**SOLICITUD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

1.- Describa la forma en que la niña o el niño comunica sus necesidades, creatividad, exploración e imaginación.

---

---

---

---

2.- Describa la forma en que la niña o el niño manifiesta a través del juego sus vínculos afectivos y apego.

---

---

---

---

3.- Describa la manera en que expresa su autonomía y autorregulación.

---

---

---

---

4.- Situación y contexto en la que se presenta la conducta.

---

---

---

---

5.- ¿Cuál ha sido su intervención?

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Psicólogo(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Docente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Director(a)

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

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Proporcionar información integral a cerca del desarrollo de la niña o niño por parte del docente, para la oportuna detección de casos especiales y validar la solicitud de atención psicológica.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al Inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Docente.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Registrar la evolución y desarrollo de las niñas y niños durante su estancia en el CAI.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Psicólogo del CAI.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

# INI-P-06 REPORTE PSICOLÓGICO



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-P-06

## REPORTE PSICOLÓGICO

Área de Psicología

Centro de Atención Infantil: \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Sala: _____	Nombre: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____
Nombre del Padre: _____	Edad: _____	
Escolaridad: _____	Ocupación: _____	
Nombre de la Madre: _____	Edad: _____	
Escolaridad: _____	Ocupación: _____	

### MOTIVO DE ESTUDIO

--

### ANTECEDENTES

--

### DINÁMICA FAMILIAR

--



**EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

[Empty box for psychological evaluation]

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

[Empty box for conclusions and recommendations]

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la Psicóloga(o)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Docente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Director(a)

\_\_\_\_\_  
Cédula Profesional

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Concentrar la información de la evaluación de la niña y niño para la atención oportuna y/o canalización.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Psicólogo del CAI.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

ESPECIALISTAS

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Clave y Nombre del Formato	Nombre
INI-TS-03	Cédula Individual de Actualización de Datos.
INI-TS-04	Concentrado de la Cédula de Actualización de Datos.
INI-TS-06	Hoja de Seguimiento.
INI-TS-07	Investigación de Ausentismo Infantil.
INI-TS-08	Control de Población Infantil Inscrita.

## INI-TS-03 CÉDULA INDIVIDUAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

### INI-TS-03 CÉDULA INDIVIDUAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

**Trabajo Social**

CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ CAI No.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA O EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

EDAD: AÑOS: \_\_\_\_\_ MESES: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_

¿Qué espera usted del personal que está directamente como responsable en la sala de su hija o hijo?

---



---

¿Qué espera de los servicios que otorga el CAI (pedagógico, trabajo social, médico, nutrición, odontología y psicología)?

---



---

Con el propósito de contar con datos actualizados respecto al núcleo familiar de las o los niñas le solicitamos contestar las siguientes preguntas, marcando las respuestas con una **X**.

Estado Civil

Casada \_\_\_\_\_ Separada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_

Unión libre \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN	MADRE	PADRE
Empleado		
Subempleado		
Desempleado		
Trabaja por su cuenta		
Otro		

INGRESOS MENSUALES	MADRE	PADRE
Sin percepción		
Menos de \$ 3,600		
\$ 3,601 a \$ 5,400		
\$ 5,401 a \$ 7,200		
\$ 7,201 a más		

ESCOLARIDAD	MADRE	PADRE
Sin escolaridad		
Primaria		
Secundaria		
Técnico		
Preparatoria		
Normal Básica		
Normal Superior		
Licenciatura		
Otros		

VIVIENDA	
Propia	
Rentada	
A plazos	
Prestada	
Otra	

SERVICIOS EXTRADOMICILIARIOS	
Cuenta con todos los servicios	
Carece de algún servicio	

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS	
Sala, comedor, cocina, baño, recámara (s)	
Falta alguno	



INI-TS-04 CONCENTRADO DE LA CÉDULA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF** CIUDAD DE MÉXICO  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

**Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México**  
**Dirección General de Operación de Servicios Educativos**  
**Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar**

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

INI-TS-04

CONCENTRADO DE LA CÉDULA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CAI No.: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN	MADRE	PADRE
Empleado		
Subempleado		
Desempleado		
Trab. por Cta.		
Hogar		
Otro		
Sin dato		
Total		

ESCOLARIDAD	MADRE	PADRE
Sin escolaridad		
Primaria		
Secundaria		
Técnico		
Preparatoria		
Normal Básica		
Normal Superior		
Licenciatura		
Otros		
Sin dato		
Total		

INGRESO MENSUALES	MADRE	PADRE
Sin percepción		
Menos de \$ 3,600		
\$ 3,601 a \$ 5,400		
\$ 5,401 a \$ 7,200		
\$ 7,201 a más		
Sin dato		
Total		

VIVIENDA	
Propia	
Rentada	
A plazos	
Prestada	
Otra	
Total	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE TRABAJO  
SOCIAL

Niñas inscritas	
Niños inscritos	
No. de Cédulas Aplicadas	

ESTADO CIVIL	
Soltera	
Casada	
Unión Libre	
Separada	
Divorciada	
Viuda	
Total	

NÚMEROS DE HIJOS (AS)			
Un hijo		Una hija	
Dos hijos		Dos hijas	
Tres hijos		Tres hijas	
Cuatro hijos		Cuatro hijas	

CICLO VITAL DE LA FAMILIA	
2°. Nacimientos de los hijos	
3°. Formación de los hijos	
4°. Hijos adolescentes	
2°. y 3°. Etapa	
2°. y 4°. Etapa	
3°. y 4°. Etapa	
Total	

TIPO DE FAMILIA	
Nuclear	
Extensa	
Total	

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS	
Sala, comedor, cocina, baño, recámara	
Falta alguna	
Sin dato	
Total	

SERVICIOS EXTRADOMICILIARIOS	
Cuenta con todos los servicios	
Carece de algún servicio	
Sin dato	
Total	

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. C. DIRECTORA

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Conocer el perfil Sociofamiliar de la población que atiende el CAI, con el propósito de que las interacciones realizadas en el centro, a escuela considerando las características de cada persona, para ofrecer orientaciones adecuadas respetando la diversidad existente.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Trabajo Social.	Septiembre.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

INI-TS-06 HOJA DE SEGUIMIENTO



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF** CIUDAD DE **MÉXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-TS-06

**HOJA DE SEGUIMIENTO**  
ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Sala: \_\_\_\_\_

CAI No. \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

FECHA	ACCIONES	SEGUIMIENTO

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Trabajo Social

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. Director(a)

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Registrar el seguimiento de las acciones realizadas con las niñas y niños.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Trabajo Social.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	
Copia:	Supervisión de Área.	



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Conocer los motivos de ausentismo de las y los estudiantes y dar seguimiento a la información recabada, para la aplicación de estrategias para evitarlo.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Trabajo Social.	Diariamente.
DESTINATARIO		
Original:	Área de Trabajo Social.	
Copia:	Supervisión de Área.	



## ÁREA ODONTOLÓGICA

Clave y Nombre del Formato	Nombre
INI-O-01	Carta de Presentación y Compromiso.
INI-O-02	Ficha Odontológica.
INI-O-03	Contra referencia Odontológica.
INI-O-04	Constancia de Salud Bucal.
INI-O-05	Seguimiento de Rehabilitación Estomatológica.
INI-O-10	Programa de Salud Bucal (Orientación a la niña o niño).
INI-O-11	Relación de Temas Desarrollados Encaminados a la Preservación de la Salud Bucal.

## INI-O-01 CARTA DE PRESENTACIÓN Y COMPROMISO



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

**INI-O-01**

### CARTA DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO

Área de Odontología

#### MADRES, PADRES DE FAMILIA Y PERSONAS TUTORAS:

Informamos a Ustedes que el Odontólogo(a) del CAI, realizará revisiones odontológicas periódicamente a su hija(o): \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

para conocer su condición de SALUD e HIGIENE BUCAL, y les proporcionará información mediante referencia escrita de:

- \* Grado de higiene bucal
- \* Si presenta o no alteraciones bucales
- \* Si requiere o no tratamiento
- \* Sugerencia de tratamiento

En caso de que su hija(o) requiera tratamiento, ustedes tienen el compromiso de atender de inmediato esta necesidad y de presentar a la Odontóloga(o) o Médico del CAI, contrarreferencia escrita de la Odontóloga(o) tratante (Institución pública o particular).

#### DATOS DE LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O PERSONA TUTORA:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA DE ENTERADA(O): \_\_\_\_\_

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Odontóloga(o)

Ced. Prof. \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Conciliar con los padres de familia, sobre el compromiso para el tratamiento odontológico oportuno, en caso de que su hija o hijo presente alteración bucal.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Padres de Familia /Odontólogo.	Al inicio del Ciclo Escolar y/o al ingreso de la niña o niño al CAI.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Concentrar la información referente a la condición de salud e higiene bucal de la niña o niño.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Odontólogo.	Octubre a noviembre. Marzo a abril.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

INI-O-03 CONTRA REFERENCIA ODONTOLÓGICA



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-O-03

**CANALIZACIÓN Y CONTRA REFERENCIA ODONTOLÓGICA**

Área Odontología

MADRE, PADRE DE FAMILIA O PERSONA TUTORA:

Habiendo practicado la revisión odontológica a su hija(o): \_\_\_\_\_

Se observa el siguiente grado de higiene:

BUENA: \_\_\_\_\_ REGULAR: \_\_\_\_\_ MALA: \_\_\_\_\_

Necesitando atención odontológica en:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

por presentar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A la inspección general el tratamiento más adecuado podría ser:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA: RECUERDE QUE ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO POR EL C.D. TRATANTE Y REGRESAR AL PLANTEL A LA BREVEDAD POSIBLE.

Para ser llenado por el Especialista Tratante.

Estimado C.D., favor de indicar sus impresiones diagnósticas y plan de tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
CED. PROF.

\_\_\_\_\_  
SELLO DE INST.

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ODONTÓLOGO(A)

\_\_\_\_\_  
SELLO CAI

\_\_\_\_\_  
DIRECTIVO CAI No.

CED. PROF. \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Proporcionar la información sobre las condiciones de salud bucal detectados en el área de odontología.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Odontólogo del CAI y especialista tratante.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Madres, padres de familia o persona tutora.	
Segunda copia:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

INI-O-04 CONSTANCIA DE SALUD BUCAL



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública

**AEF MEXICO**  
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

**INI-O-04**

**CONSTANCIA DE SALUD BUCAL**

Área de Odontología

MADRE, PADRE DE FAMILIA O PERSONA TUTORA:

Habiendo realizado la revisión odontológica de su hija(o):

\_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_

Me es grato informarles que presenta condiciones de salud \_\_\_\_\_ e higiene bucal \_\_\_\_\_.

Les felicito e invito a continuar fomentando en su hija(o) el interés por el cuidado de su boca. Diariamente realicen su higiene bucal; consuman alimentos naturales como frutas y verduras en lugar de dulce, golosinas y refrescos y/o jugos; visiten al dentista para su revisión periódica cada 6 meses y cambien su cepillo dental con la frecuencia necesaria.

Las cerdas del cepillo deben estar rectas para que cumplan con su función. Si están dobladas o abiertas pueden lastimar sus dientes y/o encías.

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Odontóloga(o)

Ced.Prof. \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Informar sobre la buena salud e higiene bucal del menor, con el propósito de que los padres de familia conozcan el estado bucal de su hijo, derivado del examen practicado por la odontóloga(o).		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato,	Odontólogo del CAI.	Cuando se requiera.
DESTINATARIO		
Original:	Madres, padres de familia o persona tutora.	

# INI-O-05 SEGUIMIENTO DE REHABILITACIÓN ESTOMATOLÓGICA



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-O-05

## SEGUIMIENTO DE REHABILITACIÓN ESTOMATOLÓGICA

Área de Odontología Centro de Atención Infantil: \_\_\_\_\_

Nombre de la Niña(o): \_\_\_\_\_

FECHA	EDAD	GRUPO	PATOLOGÍA BUCAL	MEDIDAS QUE SE TOMARON

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Odontóloga(o)

Ced. Prof. \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Mantener seguimiento del tratamiento estomatológico del menor hasta su total recuperación.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Odontólogo.	Durante el ciclo escolar.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	

## INI-O-10 PROGRAMA DE SALUD BUCAL (ORIENTACIÓN A NIÑAS Y NIÑOS)



Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

INI-O-10

### PROGRAMA DE ORIENTACION A NIÑAS Y NIÑOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
LACT 1/2														
LACT 3														
MAT 1														
MAT 2														
PREESC 1														
PREESC 2														
PREESC 3														
	ANATOMÍA DENTAL	FUNCIONES DE LA BOCA	FORMA Y FUNCIONES DE LOS DIENTES	DENTIFICACIONES DEL SER HUMANO	DETECCION DE PLACA DENTOBACTERIANA	CARIES DENTAL	ALTERACIONES EN EL ORGANISMO CAUSADAS POR LA CARIES DENTAL	ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS Y TEJIDOS DE SOSTÉN	HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS	ALIMENTACIÓN SANA Y CARDIOGÉNICA	HIGIENE BUCAL	TÉCNICA DE CEPILLADO	MEDIDAS PARA PREVENIR ENFERMEDADES	FUNCIONES DEL ODONTÓLOGO
	FEBRERO	NOVIEMBRE	ENERO	ENERO	OCTUBRE	OCTUBRE	ABRIL	OCTUBRE	FEBRERO	MARZO	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	JUNIO	JUNIO

### DESCRIPCIÓN

<b>FINALIDAD</b>		
Proponer el tratamiento de temas para orientación del menor en salud bucal.		
<b>CRONOGRAMA</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fechas</b>
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Odontólogo.	Durante el ciclo escolar.
<b>DESTINATARIO</b>		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	



## DESCRIPCIÓN

FINALIDAD		
Registrar los temas desarrollados y medios utilizados para la orientación de madres, padres de familia y personal de los CAI.		
CRONOGRAMA		
Actividades	Responsable	Fechas
Distribuir el formato.	Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar.	Al inicio del ciclo escolar.
Llenar el formato.	Odontólogo.	Durante el ciclo escolar.
DESTINATARIO		
Original:	Centro de Atención Infantil (Expediente Único de la niña o niño).	