



## REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

Con base en el artículo 7 del reglamento del Centro de Aprendizaje Infantil Baby Delfín, aprobado por el H. Consejo Universitario, los requisitos para ingreso son los siguientes:

### Trabajadora universitaria:

- a) Solicitar a la Dirección de Recursos Humanos la prestación del servicio de guardería, la inscripción está sujeta a la disponibilidad de espacios.

### Documentos para inscripción:

- b) Constancia laboral, emitida por la Dirección de Recursos Humanos
- c) solicitud de inscripción otorgada por la Dirección del Centro de Aprendizaje Infantil Baby Delfín
- d) CURP
- e) Credencial de elector

### Hijo(a) del trabajador universitario (copias)

- f) Acta de nacimiento
- g) CURP
- h) Examen médico de admisión (formato anexo) El niño debe acudir con resultados de laboratorio a consulta médica. El formato debe ser firmado y sellado por el médico
- i) Cartilla Nacional de Vacunación
- j) En el momento de la inscripción, se llena solicitud de inscripción y tarjeta de identificación del niño para lo cual se requiere una fotografía del niño, los papás y la persona autorizada para recibirlo en caso de que los padres no puedan acudir por él

### Trabajador universitario, de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo 2

- a) Los documentos indicados en los incisos a al e para la trabajadora universitaria y los siguientes, según sea el caso:
- b) *Viudo*: acta de defunción de la madre (original para cotejo y copia para expediente)
- c) *Divorciado*: resolución judicial donde se indique que tiene la tutela y custodia del niño(a)
- d) *Patria potestad*: resolución judicial que indique que tiene la patria potestad y la custodia del niño(a)
- e) *Incapacidad de la esposa*: constancia médica expedida por el IMSS
- f) **Compromiso laboral de la madre: constancia que compruebe que la madre no recibe esta prestación por su empresa.**

ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA INGRESAR AL CENTRO DE  
APRENDIZAJE INFANTIL  
**BABY DELFÍN**

BIOMETRÍA HEMATICA COMPLETA

GRUPO Y RH

COPROPARASITOSCÓPICO (1 MUESTRA)

VACUNAS: **Hepatitis A y Varicela**, más el cuadro de vacunas que aplica el IMSS

## SALUD Y BIENESTAR FÍSICO

Fecha:

### DATOS GENERALES

Nombre del niño (a)		
Apellido paterno	apellido materno	nombre(s)
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo.
Dirección:	Tels.	
PESO	TALLA	IMC

FECHA DEL EXAMEN MÉDICO:		
OBSERVACIONES SOBRE EXAMEN MÉDICO:		
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES ACORDE A LA EDAD:	SI	NO
VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SI	NO

### ANTECEDENTES

#### 1) HEREDITARIOS Y FAMILIARES: (Consignar lo positivo)

Neoplásicos                      Cardiopáticos                      Hipertensivos  
Diabéticos                      Alérgicos                      Otros:  
ESPECIFIQUE:

Antecedentes maternos/paternos de importancia:

Tabaquismo:	alcoholismo	otros
-------------	-------------	-------

### 2) PERSONALES

#### a) PERINATALES

sexo \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ por medio de parto \_\_\_\_\_ debido a \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ g y midió \_\_\_\_\_ cm. de longitud; con perímetros: cefálico: \_\_\_\_\_ cm; torácico de \_\_\_\_\_ cm  
Valorado con 1) Apgar \_\_\_\_\_ 2) Silverman Anderson \_\_\_\_\_ 3) Capurro \_\_\_\_\_ 4) Tamiz neonatal \_\_\_\_\_  
y complicaciones \_\_\_\_\_

Obtenido de madre gesta\_\_\_\_\_, para\_\_\_\_\_cesárea\_\_\_\_\_, abortos\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_años de edad y padre de \_\_\_\_\_ años de edad.

Comentarios:

### b) EVOLUTIVOS

Fija la mirada a los\_\_\_\_\_, se sienta a los\_\_\_\_\_, gatea a los\_\_\_\_\_, camina a los\_\_\_\_\_, primera palabra a los\_\_\_\_\_, primera frase a los\_\_\_\_\_, primer diente a los\_\_\_\_\_, dentición actual\_\_\_\_\_  
control de esfínteres a los\_\_\_\_\_

### c) PATOLÓGICOS

	Respiratorios
	Digestivos
	Quirúrgicos
	Transfusionales
	Alérgicos
	Otros (especifique)

### EXPLORACIÓN FÍSICA:

T/A	mm Hg	FC	XI	FR	XI	TEMP.
General						
Cabeza y cuello						
Tórax						
Abdomen						
Espalda y columna						
Extremidades superiores						
Extremidades inferiores						
Piel, anexos, genitales						
Observaciones:						

DIAGNÓSTICO:

--

Apto para guardería	si	no	Amerita nuevo examen	si	no
---------------------	----	----	----------------------	----	----

Datos del médico:

NOMBRE:	FIRMA:
---------	--------

