



**TELEBACHILLERATO COMUNITARIO DEL ESTADO DE VERACRUZ  
FICHA DE INSCRIPCIÓN DE NUEVO INGRESO  
2026 - 2026**

|                            |                    |                             |                   |
|----------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|
| <b>NOMBRE DEL CENTRO</b>   |                    | <b>CLAVE CT</b>             |                   |
| <b>TURNO</b>               |                    | <b>FECHA DE INSCRIPCIÓN</b> |                   |
| <b>SEMESTRE A INGRESAR</b> | <b>BUENA VISTA</b> | <b>PERIODO</b>              | <b>30ETK0034Z</b> |
| <b>TIPO DE ALUMNO</b>      | <b>REGULAR</b>     | <b>IRREGULAR</b>            | <b>REPETIDOR</b>  |

18/04/2026

| DATOS DEL ASPIRANTE  |                      |  |     |                           |                  |                     |
|--|----------------------|--|-----|---------------------------|------------------|---------------------|
| <b>APELLIDO PATERNO</b>  |                      | <b>APELLIDO MATERNO</b>  |     |                           | <b>NOMBRE(S)</b> |                     |
| <b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>   |                      | <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>   |     |                           | <b>SEXO</b>      | <b>ESTADO CIVIL</b> |
|  |                      | DÍA  | MES | AÑO                       | M                | F                   |
| <b>Rincón de buena Vista</b>   |                      | <b>LOCALIDAD</b>   |     |                           | <b>MUNICIPIO</b> |                     |
|  |                      | 26   | 02  | 2026                      | X                |                     |
| <b>ESTADO CIVIL</b>  | <b>EMBARAZADO(A)</b> |  |     | <b>CURP</b>               |                  |                     |
| <b>NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b><br>(IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, PARTICULAR, NO TENGO) |                      | <b>Rincón de buena Vista</b> (BENITO JUÁREZ, EXCOMUNICACIÓN, FUERZA ARMADA, BANCOMER, OTROS, NO TENGO) |     |                           |                  |                     |
| <b>TELÉFONO(S) (CASA Y CELULAR)</b>  |                      |  |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |                  |                     |
|  |                      |  |     | saiflorido                |                  |                     |

| DATOS DE ESCOLARIDAD                     |                                     |                       |                                 |
|--|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PLANTEL DE PROCEDENCIA</b> |                                     | <b>LUGAR</b>          | <b>CLAVE</b>                    |
| <b>SECUNDARIA TÉCNICA</b>                | <b>SECUNDARIA GENERAL</b>           | <b>TELESECUNDARIA</b> | <b>OTRO SISTEMA</b>             |
| <b>PROMEDIO DE LA SECUNDARIA</b>         | <b>MATERIA(S) DE REGULARIZACIÓN</b> |                       | <b>MATERIA(S) DE REPETICIÓN</b> |

| DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y COTEJADA  |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1   | 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL (PAPEL MATE, VESTIMENTA CLARA, ROSTRO DESCUBIERTO) | 7  | 2 FOTOCOPIA DE TARJETA (EN CASO DE CONTAR CON SEGURO).                     |
| 2   | 2 FOTOCOPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO (ANVERSO Y REVERSO)                          | 8  | 2 FOTOCOPIAS DE CREDENCIAL DE ELECTOR DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A)          |
| 3   | 2 FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO DE SECUNDARIA O CARTA COMPROMISO                    | 9  | CURP DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A)   |
| 4   | 2 FOTOCOPIAS DE LA CURP (ACTUALIZADA)  | 10 | 2 FOTOCOPIAS DE COMPROBANTE DE DOMICILIO (AGUA, LUZ, PREDIAL)              |
| 5   | 2 FOTOCOPIAS DEL TIPO DE SANGRE  | 11 | 2 FOTOCOPIAS DE LA CARTA COMPROMISO  |
| 6   | 2 FOTOCOPIAS DEL COMPROBANTE DE BECA (EN CASO DE CONTAR CON ALGUNA)              | 12 | 2 FOTOCOPIAS DE CERTIFICADO INCOMPLETO (EN CASO DE CONTAR CON ESCOLARIDAD) |
| <b>EL EXPEDIENTE DEL ALUMNO TIENE QUE ESTAR CONFORMADO POR CADA UNO DE ESTOS DOCUMENTOS Y EN ESTE ORDEN</b> |  |    |  |

| CONTEXTO PERSONAL  |               |                    |                 |
|--|---------------|--------------------|-----------------|
| <b>TUS PADRES ACTUALMENTE: (ELIGE UNA OPCIÓN)</b>                              |               |                    |                 |
| Viven juntos   | Mamá es viuda | Los dos han muerto | Papá es soltero |
| Viven separados  | Papá es viudo | Mamá es soltera    |                 |
| <b>SEÑALA SI PRESENTAS ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES NECESIDADES Y CONDICIONES</b> |               |                    |                 |

19/07/2025

| NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD * VER ANEXO |  |         |          |            |                          |                     |                       |             |               |
|---|--|---------|----------|------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|---------------|
| Síndrome de Down  | Trastornos Generalizados de desarrollo |         | Auditiva |            | Discapacidad intelectual | Discapacidad motriz | Discapacidad múltiple | Visual      |               |
|   | Asperger                               | Autismo | Sordera  | Hipoacusia |                          |                     |                       | Baja visual | Ceguera total |

| NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES NO ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD * VER ANEXO |                    |                                |                            |                               |              |                      |                   |                |
|--|--------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|-------------------|----------------|
| Trastorno de comportamiento  |                    | Dificultad para el aprendizaje |                            |                               |              | Dotación intelectual |                   |                |
| TDAH   | Trastorno disocial | Lecto-escritura                | Matemáticas<br>Discalculia | Pronunciación<br>(tartamudez) | Articulación | Superdotación        | Altas capacidades | Altos talentos |

| PRACTICAS ANTISOCIALES Y/O CONDICIONES |                    |             |            |            |             |                      |          |          |         |       |
|--|--------------------|-------------|------------|------------|-------------|----------------------|----------|----------|---------|-------|
| Acoso Escolar                          | Aislamiento social | Agresividad | Vandalismo | Tabaquismo | Alcoholismo | Sustancias adictivas | Obesidad | Anorexia | Bulimia | Otros |

**¿QUÉ ESPERAS OBTENER DE LA EDUCACIÓN EN UN FUTURO?**

**¿QUÉ ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES REALIZAS?**

x

| PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES TEMAS, ESPECIFICA SI TE INTERESA RECIBIR ORIENTACIÓN O APOYO. |    |    |                                      |    |    |  |  |  |  |  |
|---|----|----|--------------------------------------|----|----|--|--|--|--|--|
|   | SI | NO |                                      | SI | NO |  |  |  |  |  |
| 1. Adicciones   |    |    | 7. Estrategias y técnicas de estudio |    |    |  |  |  |  |  |
| 2. Toma de decisiones   |    |    | 8. Alimentación saludable            |    |    |  |  |  |  |  |
| 3. Autoestima   |    |    | 9. Expresión de las emociones        |    |    |  |  |  |  |  |
| 4. Habilidades sociales   |    |    | 10. Cuidado del medio ambiente       |    |    |  |  |  |  |  |
| 5. Habilidades para comunicarse   |    |    | 11. Otro, especifica:                |    |    |  |  |  |  |  |
| 6. Manejo del estrés  |    |    |                                      |    |    |  |  |  |  |  |

| PADECIMIENTOS ANTERIORES Y SUS SÍNTOMAS  |  |
|--|--|
| POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, AGREGANDO HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.  |  |
| 1.- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad aguda, grave o algún problema por el cual hayan restringido su actividad física en los últimos cinco años? (Detalle)                                      |  |
| 2.- ¿Ha consultado o ha recibido tratamiento en alguna clínica, médico o tratamiento (psiquiatra, psicólogo, consejero de drogas/alcohol en los últimos cinco años? (En caso afirmativo, Explica). |  |
| 3.- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad aguda o grave? (Detalle).   |  |
| 4.- ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a algún medicamento, ya sea con receta médica o de venta libre? (Detalle).   |  |

| CONTEXTO FAMILIAR                 |  |                      |                    |   |  |
|-----------------------------------|--|----------------------|--------------------|---|--|
| DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A) |  |                      |                    |   |  |
| APELLIDO PATERNO                  |  | APELLIDO MATERNO     |                    | NOMBRE(S)                                 |  |
| DOMICILIO                         |  |                      | LOCALIDAD          |   |  |
| MUNICIPIO                         |  | PARENTESCO           |                    | OCUPACIÓN Y LUGAR                         |  |
|                                   |  | PADRE                | MADRE              | TUTOR(A)                                  |  |
| TELÉFONO(S) (CASA Y CELULAR)      |  |                      | CORREO ELECTRÓNICO |   |  |
| NIVEL DE ESTUDIOS                 |  | SABE LEER Y ESCRIBIR |                    | NÚMERO DE PERSONAS HABITAN EN SU VIVIENDA |  |
|                                   |  | SI                   | NO                 |   |  |

| HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA   |      |                 |         | LENGUA INDÍGENA QUE HABLA   |   |   |               |
|--|------|-----------------|---------|---|---|---|---------------|
| SI   |      | NO              |         |   |   |   |               |
| APARATOS TECNOLÓGICOS Y SERVICIOS QUE CUENTAS EN CASA:   |      |                 |         |   |   |   |               |
| INTERNET   |      | TABLET          |         | LAPTOP  |   |   |               |
| TELEVISIÓN DE PAGA   |      | COMPUTADORA     |         | TELEVISIÓN  |   |   |               |
| <b>CONDUCTAS FAMILIARES. CONTESTA CON UN SÍ / NO</b>   |      |                 |         |   |   |   |               |
| ¿Su hijo ha requerido de excesiva protección por parte de ustedes?                                   |      |                 |         | ¿Han requerido apoyo de reforzamiento escolar por parte de un Tutor?              |   |   |               |
| ¿Apoya y orienta a su hijo en la resolución de dudas académicas y elaboración de tareas y proyectos? |      |                 |         | ¿Su hijo presenta una actitud colaborativa para el trabajo y actividades en casa? |   |   |               |
| ¿Cómo padres refuerzan sus logros académicos y personales?   |      |                 |         | ¿Su hijo organiza su tiempo de estudios y de actividades en casa?                 |   |   |               |
| ¿Castigan conductas negativas?   |      |                 |         | ¿Su hijo recibe algún reforzamiento académico externo a la escuela?               |   |   |               |
| ¿Dialogan con su hijo/a sobre sus problemas y sentimientos?  |      |                 |         | ¿Controlan el trabajo y actividades diarias de su hijo(a)?                        |   |   |               |
| <b>CARACTERÍSTICAS DE APRENDIZAJE DE SU HIJO. MARQUE CON UNA "X"</b>                                 |      |                 |         | <b>DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DE SU HIJO. MARQUE CON UNA "X"</b>                 |   | <b>INSERCIÓN SOCIAL(X)</b><br>MB: MUY BUENO    A: ADECUADO<br>PD: PRESENTA DIFICULTADES |               |
| Responsable  |      | Despreocupado   |         | Comprensión lectora   |   |   | MB    A    PD |
| Motivado   |      | Desmotivado     |         | Comprensión oral  |   | Interés por el aprendizaje  |               |
| Atento   |      | Distraído       |         | Expresión escrita   |   | Relación con sus compañeros   |               |
| Reflexivo  |      | Impulsivo       |         | Expresión oral  |   | Relación con Docentes   |               |
| Independiente  |      | Dependiente     |         | Cálculo   |   | Hábitos de Trabajo  |               |
| Organizado   |      | Desorganizado   |         | Resolución de Problemas   |   | Hábitos de Estudio  |               |
|  |      |                 |         | Ortografía  |   | Comportamiento  |               |
|  |      |                 |         | Vocabulario   |   |   |               |
| <b>HISTORIA CLÍNICA DE LA FAMILIA</b>  |      |                 |         |   |   |   |               |
| Indique lo que se solicita   | Edad | Estado de salud |         |   | ¿Algún miembro de su familia ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? (Si-No) |   |               |
|  |      | Bueno           | Regular | Malo  |   |   |               |
| Padre:   |      |                 |         |   | Alergias agudas o crónicas  |   | Asma          |
| Madre:   |      |                 |         |   | Diabetes  |   | Cáncer        |
| Hermano/a 1:   |      |                 |         |   | Enfermedades del corazón  |   | Hipertensión  |
| Hermano/a 2:   |      |                 |         |   | Epilepsia /Convulsiones   |   | Tuberculosis  |
| Hermano/a 3:   |      |                 |         |   |   |   |               |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA DOCUMENTACIÓN

**Leyenda de Consentimiento para el Tratamiento de Datos**

(Validación de Información por parte de Terceros)

*"De igual forma SÍ ( ) NO ( ) autorizo a las autoridades educativas y directivos escolares del plantel oficial, para que los datos personales que se recaben con objeto del presente formato, puedan ser difundidos públicamente o transferidos a otras autoridades e instituciones educativas y no educativas, con el fin de que sea posible **validar la autenticidad de los certificados, diplomas, títulos o grados que se expidan a mi favor.** En estos casos, sólo serán publicados los datos mínimos indispensables para realizar la verificación de autenticidad del documento, y de ninguna manera se difundirán datos sensibles."*

## ANEXO

### TRASTORNOS GENERALIZADOS DE DESARROLLO:

**SÍNDROME ASPERGER:** Comparte las características nucleares del autismo. Tiene dificultades en la comunicación social y en la flexibilidad de pensamiento y comportamiento. Muestra un lenguaje fluido y una capacidad intelectual media e incluso superior a la media de la población. Tiene dificultad para entender la comunicación no verbal y los mensajes sutiles que se transmiten a través de este canal. Es muy literal; comprende el lenguaje según el significado exacto de las palabras por lo que muchas veces no entiende las bromas, los chistes, las metáforas o los sarcasmos.

Su forma de pensar es rígida y concreta lo que le ayuda en actividades que requieren atención a detalles y repetición de patrones, pero tiene dificultades en tareas que requieren flexibilidad o búsqueda de alternativas para la resolución de problemas. Es fiel a las rutinas que, en ocasiones, sigue de manera rígida y repetitiva. Las rutinas le proporcionan seguridad y pautas concretas de actuación, pero limitan su comportamiento dificultando la adaptación a cambios, situaciones novedosas o poco previsibles.

**AUTISMO:** Los niños autistas ignoran a otra gente o parecen insensibles a sus necesidades, sentimientos o pensamientos. No mantienen contacto visual normal ni usan gestos en situaciones sociales. Tampoco señalan como los demás niños. Tienen dificultades para compartir, cooperar o esperar su turno. Prefieren jugar solos y no muestran interés en juegos de imaginación. Debido a esto, suelen llevarse bien con adultos sensibles.

### DISCAPACIDADES AUDITIVAS:

**SORDERA:** Privación o disminución importante de la facultad de oír. no tienen una audición funcional y, por consiguiente, no les permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque si pueden hacerlo mediante la vía visual.

**HIPOACUSIA:** La audición es deficiente, es funcional para la vida cotidiana y permite al pequeño procesar la información lingüística mediante la audición, aunque en su forma de expresarse oralmente podemos encontrar algún problema a la hora de articular o de entonar lo que quieren decir. Este tipo de problemas variará en función del grado de pérdida auditiva.

**DISCAPACIDAD INTELLECTUAL:** Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal como en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, esta discapacidad se origina antes de los 18 años". Se acompaña de limitaciones significativas de la habilidad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades (DSM IV): Comunicación, Cuidado de sí mismo, Vida doméstica, Habilidades sociales – interpersonales, Utilización de recursos comunitario, Autocontrol, Habilidades académicas funcionales, Traba, Ocio, Salud, Seguridad.

**DISCAPACIDAD MOTRIZ:** Es una alteración y/o limitación de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión.

**DISCAPACIDAD MÚLTIPLE:** se caracteriza por la presencia de distintas discapacidades en diferentes grados y combinaciones: discapacidad intelectual, auditiva, motora, visual, autismo, parálisis cerebral, algunos síndromes específicos, epilepsia, hidrocefalia, escoliosis y problemas de comportamiento.

**TDH:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico, que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad.

**TRASTORNO DISOCIAL (Trastorno de la Conducta).** Se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo.