



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

NOMBRE DEL CENTRO		CLAVE CT	
TURNO		FECHA DE INSCRIPCIÓN	
SEMESTRE A INGRESAR	BUENA VISTA	PERIODO	30ETK0034Z
TIPO DE ALUMNO	REGULAR	IRREGULAR	REPETIDOR

03/06/2026

DATOS DEL ASPIRANTE						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRE(S)	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	ESTADO CIVIL
		DÍA	MES	AÑO	M	F
Rincón de buena Vista		LOCALIDAD			MUNICIPIO	
		30	03	2008	X	
ESTADO CIVIL	EMBARAZADO(A)			CURP		
NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, PARTICULAR, NO TENGO)	Rincón de buena Vista			Quelma		
				(BENITO JUÁREZ, EXCOMUNIDAD FUERZA ARMADA, BANCOMER, OTROS, NO TENGO)		
TELÉFONO(S) (CASA Y CELULAR)				CORREO ELECTRÓNICO		
				0000007326MVZRLR00		

DATOS DE ESCOLARIDAD			
NOMBRE DEL PLANTEL DE PROCEDENCIA		LUGAR	CLAVE
SECUNDARIA TÉCNICA	SECUNDARIA GENERAL	TELESECUNDARIA	OTRO SISTEMA
PROMEDIO DE LA SECUNDARIA	MATERIA(S) DE REGULARIZACIÓN		MATERIA(S) DE REPETICIÓN

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)
EL EXPEDIENTE DEL ALUMNO TIENE QUE ESTAR CONFORMADO POR CADA UNO DE ESTOS DOCUMENTOS Y EN ESTE ORDEN			

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

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 Discalculia	Pronunciación (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			
CONDUCTAS FAMILIARES. CONTESTA CON UN SÍ / NO							
¿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)?			
CARACTERÍSTICAS DE APRENDIZAJE DE SU HIJO. MARQUE CON UNA "X"			DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DE SU HIJO. MARQUE CON UNA "X"		INSERCIÓN SOCIAL(X) MB: MUY BUENO A: ADECUADO 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			
HISTORIA CLÍNICA DE LA FAMILIA							
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.