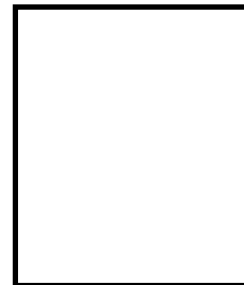




UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "MARIA AUXILIADORA"
DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL
REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL
AÑO LECTIVO 2018-2020



1.- DATOS IDENTIFICACION / INFORMACION:

Apellidos y Nombres:	
Grado/Curso al que ingresa :	
Lugar y Fecha de Nacimiento:	Edad:
Domicilio:	
Sector:	Cédula de Identidad:
Nacionalidad:	
Teléfonos:	

2 DATOS FAMILIARES:

NOMBRE DE LA MADRE	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Número de cédula

TELEFONOS DE CONTACTO:

FIJO:		CELULAR:		TRABAJO:		HORARIO:	
E-MAIL :		NACIONALIDAD:		RESIDENCIA:			
NOMBRE DEL PADRE	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Número de cédula		

TELEFONOS DE CONTACTO:

FIJO:		CELULAR:		TRABAJO:		HORARIO:	
E-MAIL :		NACIONALIDAD:		RESIDENCIA:			

2.3.- DATOS REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre del representante legal /cuidador/ tutor	Parentesco	Edad	Profesión u ocupación	Teléfono de contacto	Lugar de trabajo

GENOGRAMA: (Este casillero lo realiza personal del D.E.C.E)

3.-REFERENCIAS FAMILIARES DEL / LA ESTUDIANTE:

3.1 El estudiante vive con: Padres: ____ Padre: ____ Madre: ____ Abuelos: ____ Otros: _____

Nº DE HERMANOS NOMBRES Y APELLIDOS		EDAD	LUGAR QUE OCUPA EL ESTUDIANTE	Nº DE HERMANOS QUE ESTUDIAN EN NUESTRA INSTITUCIÓN	AÑO DE BASICA

4.-HISTORIA VITAL:

4.1 Embarazo y Parto

Edad de la madre al embarazo (Del hijo que está llenando la ficha):

Accidentes en el embarazo:.....

Medicamentos durante el embarazo:.....

El parto fue:

Termino ☐

Prematuro ☐

Cesaría ☐

Parto Normal ☐

Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo (preclamsia, hipoxia, etc.)

.....
.....

4.2 Datos del niño/niña recién nacido:

Apgar:.....Peso al nacer.....Talla al nacer:.....Edad en la que empezó a caminar:

Lactancia:Edad a lo que habló por primera vez:Edad que utilizó biberón:.....

Control de esfínteres:

4.3- El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: SI ☐ NO ☐

Determinar cuál:Carnet.....

Observaciones.....

El estudiante recibe atención médica en:

Centro de Salud:..... Subcentro de Salud:.....Hospital Público:..... Hospital Privado:

4.4 Enfermedades (Desde la infancia hasta la actualidad)

Enfermedades	Accidentes	Alergias	Cirugías	Pérdida de conocimiento	Otros

4.5 Especificar que medicamento debe tomar:.....

4.6 Nombre del médico que atiende al estudiante:.....

4.7 Observaciones:.....

4.8 Antecedentes Patológicos Familiares:

Obesidad ☐

Enfermedades Cardíacas ☐

Enfermedades Mentales ☐

Hipertensión ☐

Diabetes ☐

Otros.....

5.-DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR:

5.1 Fecha de ingreso a la institución (DD/MM/AA):.....

5.2 Institución educativa de la que procede:.....

5.3 El estudiante ha repetido años (Especificar cuál/es):.....

5.4 Datos Académicos:

Asignaturas de Preferencia	Asignaturas en las que ha tenido dificultad	Dignidades alcanzadas	Logros alcanzados

6.- ESTRUCTURA FAMILIAR:

Padres: Casados: ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Fallecidos ☐

Unión Libre ☐ Segundo Compromiso ☐

En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco de fallecido:.....

7.-COMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE CON:

INDICADORES	RELACIÓN PARENTESCO							
	MADRE		PADRE		HERMANOS/AS		OTROS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Armónica-afectiva								
Rechazo								
Violenta								
Sobreprotección								
Punitiva								

Observaciones:.....

7.1 Costumbres, hábitos: (En esta parte Ud. Puede describir libremente: Hábitos de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre, cuantas tareas tiene diariamente y el tiempo que les dedica).....

.....

.....

.....

7.2 En su familia existe consumo de:

Alcohol ☐ Tabaco ☐ Otras ☐ Especifique.....

Representante Legal: _____ Firma: _____

C.C. _____

Fecha actual: _____