



D- E- C- E
DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL
FICHA ACUMULATIVA

AÑO LECTIVO	CURSO/PARALELO	DIRECCIÓN	TELÉFONOS

1.- DATOS IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE / INFORMACION:

Apellidos y Nombres:		Nacionalidad:	
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:	Número de Cédula:
Domicilio:		Sector:	
Cambio de Domicilio:		Teléfonos:	

2.- DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Número de cédula
TELEFONO FIJO:		CELULAR:		TRABAJO: HORARIO :	
E-MAIL:			NACIONALIDAD:		RESIDENCIA:

Nombre del padre	Edad	Estado civil	instrucción	Profesión u ocupación	Número de cédula
TELEFONO FIJO:		CELULAR:		TRABAJO: HORARIO :	
E-MAIL:			NACIONALIDAD:		RESIDENCIA:

Nombre del representante	parentesco	edad	Profesión u ocupación	Telf. de contacto	Lugar de trabajo

3.-REFERENCIAS FAMILIARES DEL / LA ESTUDIANTE: Personas con quien vive el estudiante: (especificar todas las personas que conforman la estructura familiar)

3.1.-DEPENDENCIA ECONÓMICA: PADRES PADRE MADRE OTROS _____

3.2.-Número de Hermanos/as y edades. _____ Lugar que ocupa en la familia _____

Nombres de hermanos que estudian en la Institución	Edad	Año de Básica- Bachillerato/Paralelo

4.- CONDICIONES DE VIVIENDA: Propia Arrendada Prestada Anticresis Con préstamo

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA: Casa Departamento Otros: _____

Sala-comedor Cocina Dormitorios Baño: Compartido Individual

4.2.- Servicios Básicos: Luz eléctrica Agua potable SSHH Pozo séptico Cable

Celular Teléfono computadora Internet Videojuegos

5.- DATOS DE SALUD:

5.1.- HISTORIA VITAL: Embarazo y Parto



D- E- C- E

DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL

Edad de la madre: _____ Accidentes en el embarazo _____

Medicamentos durante el embarazo: _____

Termino Prematuro Cesaria Parto Normal

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

5.2 Datos del niño/niña recién nacido:

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Edad en la que empezó a caminar: _____ Lactancia: _____ Biberón: _____

Edad a lo que habló por primera vez: _____ Control de esfínteres: _____

5.1.- El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: SI NO Determinar cuál: _____ Calif. _____ # Carnet _____

5.2.- El estudiante tiene algún tipo de enfermedad: SI NO Cuál: _____

5.3.- Es estudiante padece de alergias: SI NO Cuál: _____ Medicamentos que utiliza: _____

5.4.- Donde recibe atención médica: _____

5.5. Familiares con algún tipo de discapacidad: SI NO Quién: _____

5.6.- Antecedentes patológicos familiares: Obesidad Enf.Cardiacas Enf.Mentales Hipertensión Diabetes Otros _____

6.- Datos Académicos:

Institución educativa de la que procede _____ El estudiante ha repetido años (cuáles) _____

El estudiante ha tenido algún tipo de evaluación: _____

Fecha	Lugar	Observaciones

7.- OBSERVACIONES GENERALES:

Representante: Nombre: _____ Firma _____

Fecha: _____