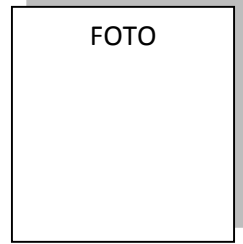


DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
AÑO LECTIVO 20 - 20
REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL



ESTUDIANTE



REPRESENTANTE LEGAL

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)	
DOMICILIO:	SECTOR:
TELEFONOS:	

2.- DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo
Número de Cédula:					
Teléfonos de contacto:	Celular:		Convencional:		

Nombre del padre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo
Número de Cédula:					
Teléfonos de contacto:	Celular:		Convencional:		

*** Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otra persona que no sean sus progenitores:**

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

3.- REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE:

ESTRUCTURA FAMILIAR:

PADRES

Juntos Separados Fallecidos

En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco de el/la fallecido/a

.....

Padres fuera del país

Especificar nombre y parentesco.....

EL/LA ESTUDIANTE VIVE CON:

Padre y madre Solo con la Madre Sólo con el Padre Solo/a

Otros Especificar nombre y parentesco

Número de hermanos/as y edades:.....

Lugar que ocupa en la familia:.....

Nombre de hermanos/as que estudien en la institución y edades:

.....

.....

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si No

Determinar quién y qué tipo de discapacidad:

.....

Observaciones:

.....

.....

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

FAMILIA Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (Detallar todos los miembros del grupo familiar que aporten económicamente)

Nombre	Parentesco	Estado Civil	Edad	Instrucción	Profesión/ Ocupación	Lugar/ Empresa	Ingresos
TOTAL							

El presente documento se considera CONFIDENCIAL de conformidad con el Art.66 de la Constitución de la República del Ecuador, numerales 19 y 20; por tanto es para uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil y autoridades competentes de la Escuela Particular Salesiana Don Bosco

Detallar los gastos que se tiene dentro de la familia

EGRESOS IMPORTANTES	DETALLE	VALOR	TOTAL

Condiciones de vivienda

Propia Arrendada Prestada Anticresis

Con préstamo

Breve descripción de la vivienda: (casa, departamento, cuarto, etc)

.....

Servicios: Luz eléctrica Agua potable SSHH

Teléfono Cable Celular Computadora/ Internet

Observaciones:

.....

4.- DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Si No

Determinar cuál:

.....

Número de Carnet de discapacidad:.....

El estudiante tiene alguna condición médica específica: Si No

Determinar cuál:

.....

El estudiante padece de alergias: Si No

Determinar cuáles:

.....

Especificar medicamentos que utiliza:

Donde recibe atención: Centro de Salud Hospital público Hospital IESS
 Hospital privado Pediatra privado

El estudiante tiene algún diagnóstico psicopedagógico:
Determinar cuál:

Si No

5.- DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR

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

--	--	--

Institución educativa de la que procede :

El estudiante ha repetido años (especificar cuáles y por qué):

Si viene de otra institución educativa, indique el motivo de cambio

5.1 DATOS ACADÉMICOS:

Asignaturas de preferencia del estudiante:

Asignaturas en las que ha tenido dificultad:

Dignidades alcanzadas:

Logros académicos:

Participación en:.....

Extracurriculares:.....

6.- HISTORIA VITAL

6.1.- Embarazo y Parto

Edad de la madre en el embarazo:.....

Accidentes en el embarazo:

Medicamentos durante el embarazo:

Embarazo:

Al término

Prematuro

Cesárea

Parto Normal

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

.....
.....

6.2.- Datos del/ la niño/a recién nacido:

Peso al nacer:.....

Talla al nacer:.....

Edad en que empezó a caminar:.....

Edad a la que habló por primera vez:.....

Período de lactancia:.....

Edad hasta la cual utilizó biberón:.....

Edad en que aprendió a controlar esfínteres:.....

6.3 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)

Enfermedades:.....

Accidentes:

Alergias:.....

Cirugías:.....

Pérdidas de conocimiento:.....

Otros:

6.4 Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad Enfermedades cardíacas Hipertensión

Diabetes Enfermedades mentales Otros

6.5 Cómo describiría la relación del/ la estudiante con:

Padre:

Madre:

Hermanos/as:.....

Otros:

Observaciones:

.....

6.6 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)

.....

PADRE	MADRE
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:
C.C.:	C.C.: