

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

FOTO DEL/A ESTUDIANTE (OBLIGATORIO)

AÑO LECTIVO: 202 - 202

 JORNADA: Matutina: Vespertina: Nocturna:

N° CÉDULA DEL/A ESTUDIANTE: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/A ESTUDIANTE:		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)		
DOMICILIO:		
SECTOR:		
CAMBIOS DE DOMICILIO:		
Teléfono convencional:		
celular:	claro <input type="checkbox"/>	movi <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>

2. DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de trabajo

Cédula: _____

Teléfonos de contacto: _____ Teléfonos de trabajo: _____

Nombre del padre	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de trabajo

Cédula: _____

Teléfonos de contacto: _____ Teléfonos de trabajo: _____

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

Cédula: _____

(Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otra persona que no sean sus progenitores)
3. REFERENCIAS FAMILIARES DE/LA ESTUDIANTE:

 Personas con quien vive el estudiante: *(especificar todas las personas que conforman la estructura familiar)*

 Tiene hermanos/as, edades: Si: ___ No: ___ Cuantos:
 Padres Migrantes: Si: ___ No: ___ Lugar: _____

Hermanos/as	Edad	Lugar que ocupa usted
1er		
2do		
3er		
4to		
5to		

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

Hermanos/as	Nombre y Apellido	Curso	Paralelo
1er			
2do			
3er			

Descripción de la estructura familiar:

Familiares con algún tipo de discapacidad: SI NO

Determinar quién: _____

Observaciones: _____

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES: Buena: Regular: Mala:

Ingresos/egresos de los miembros de la familia

	Ingresos al mes	Egresos al mes
Papá:		
Mamá:		
Estudiante:		
Otros:		
TOTAL:		

Condiciones de vivienda

Propia: Arrendada: Con préstamo: Prestada: Anticresis:

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

Servicios

Luz eléctrica: Agua potable: SSHH: Pozo séptico: Internet: Teléfono:
Cable: Celular: Computador:

Observaciones: _____

4. DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Si: Carnet del Conadis _____ No:

Determinar que 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:

Sufre de alguna enfermedad catastrófica: Si: No: Cuál: _____

Embarazada: Si: No: Meses: _____

Es padre o madre adolescente: Si: No: Tiene con quien dejar a su hijo: Si: No: Quién: _____

El/la estudiante recibe atención médica en:

Centro de salud Subcentro de salud Hospital Público Hospital privado

Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante:

Observaciones: _____

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 cuál/es) Si: No: Año: _____

5.1 DATOS ACADÉMICOS:

5.2 Asignaturas de preferencia del estudiante:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Asignaturas en las que ha tenido dificultad:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Dignidades alcanzadas

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Logros académicos:

1. _____ Año: _____ 2. _____ Año: _____ 3. _____ Año: _____ 4. _____ Año: _____

Participación en:

1. _____ Año: _____ 2. _____ Año: _____ 3. _____ Año: _____ 4. _____ Año: _____

Clubes/Proyectos:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Extracurriculares (actividades en proyectos ejemplo: campañas, casas abiertas, pregones, teatro, etc.):

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Su aprendizaje es: Teórico: Práctico: Reflexivo:

En el aprendizaje tiene dificultades de: Atención: Concentración: Memoria: Razonamiento:

Para el cumplimiento de tareas se considera: Responsable: Poco responsable: Nada responsable:

Usted se considera: Tímido: Inquieto/a: Sociable: Agresivo/a: Creativo/a:

6. HISTORIA VITAL

Embarazo y parto: Edad de la Madre de la/el estudiante: Accidentes en el embarazo: Si: No:

Medicamentos durante el embarazo: _____

Al término: Prematuro: Cesárea: Parto Normal:

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

6.1 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: _____

Periodo de lactancia: _____

Edad hasta la cual utilizó biberón: _____

Edad en que aprendió a controlar esfínteres: _____

6.2 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)

Enfermedades: _____

Accidentes: _____

Alergias: _____

Cirugías: _____

Otros: _____

6.3 Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad Enfermedades cardiacas Hipertensión
Diabetes Enfermedades mentales Otros

6.4 Cómo describiría la relación del/la estudiante con:

Padre: buena regular mala Motivo: _____

Madre: buena regular mala Motivo: _____

Hermanos/as: buena regular mala Motivo: _____

Otros : buena regular mala Motivo: _____

Observaciones: _____

6.5 Costumbres, hábitos:

Hábitos de sueños: _____ Hábitos alimenticios: _____

A qué actividades en el tiempo libre se dedica con frecuencia:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Qué tiempo dedica para realizar sus tareas en el día: _____

EL/A CONSEJERO/A ESTUDIANTIL