

FICHA DE DATOS INFORMATIVOS

AÑO LECTIVO: 20..... – 20.....

JORNADA: Matutina: ☐ Vespertina: ☐ Nocturna: ☐

Nº CEDULA DEL/A ESTUDIANTE: _____

FOTO DEL/A
ESTUDIANTE
(OBLIGATORIO)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/LA ESTUDIANTE:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)	
DOMICILIO:	
SECTOR:	
CAMBIOS DE DOMICILIO:	
Teléfono convencional:	Celular: Claro ☐ Movi ☐ Cnt ☐ Tuenti ☐

2. DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto: _____

Teléfonos de trabajo: _____

Nombre del padre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto: _____

Teléfonos de trabajo: _____

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

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

3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL/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:

Ingresos/egresos de los miembros de la familia

Buena: ☐ Regular: ☐

Mala: ☐

	Ingresos al mes	Egresos al mes
Papá:		
Madre:		
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: ☐

Determine cuál: _____

El estudiante padece de alergias: Si: ☐ No: ☐

Determinar cuáles: _____

Especificar medicamentos que utiliza: _____

Sufre de alguna enfermedad catastrófica:

Embarazada: Si: ☐ Meses: ☐ Si: ☐ No: ☐ Cual: _____

No: ☐

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

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:

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. _____

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: _____

Período 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: _____



Pérdidas de conocimiento: _____

Otros: _____

6.3 Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad ☐ Enfermedades cardíacas ☐ 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: _____

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN EN CASOS DE URGENCIA

Yo, _____, con número de cédula _____, en calidad de representante legal de _____, con número de cédula _____,

AUTORIZO su participación en las actividades de intervención grupal, así como en los proyectos de promoción y prevención organizados por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE).

Asimismo, en caso de presentarse una situación de urgencia, autorizo su **traslado al establecimiento de salud correspondiente**, dentro del Distrito o fuera de él, según lo requiera la atención inmediata

REPRESENTANTE LEGAL

PROFESIONAL DECE

NOMBRE:

NOMBRE: