**UNIDAD EDUCATIVA CRISTIANA VERBO**

*“Formando con principios bíblicos”*

**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**

**FICHA ACUMULATIVA**

**AÑO LECTIVO 2019 – 2020**

|  |
| --- |
| No. CÓDIGO |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: |  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| GRUPO ÉTNICO: Negro Blanco Mestizo Indígena Afro descendiente  |
| GRADO QUE CURSA: |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA: |  |
| SECTOR: |  | TELÉFONOS: |  |

1. **DATOS Y ESTRUCTURA FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | EDAD | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | PROF./ OCUP. | LUGAR/EMPRESA | N° CELULAR |
| Madre: |  |  |  |  |  |  |
| Padre: |  |  |  |  |  |  |
| Representante legal: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Padres casados o separados: |  | Padres en el exterior: |  |
| Padrastro o madrastra: |  | Padre o madre fallecido: |  |
| Número de hermanos/edades:¿Estudian en la Institución? |  | Personas con quien vive el estudiante: |  |
| ¿Tiene algún familiar con discapacidad? ¿Qué tipo? ¿Quién?  |  |

1. **FAMILIA Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (De todos los miembros del grupo familiar)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EGRESOS IMPORTANTES** | **DETALLE** | **VALOR** | **TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. **CONDICIONES DE VIVIENDA**

|  |
| --- |
|  Propia Arrendada Prestada Con préstamo Compartida |
|  Departamento Cuarto Casa  |
|  **Servicios:** Luz eléctrica Agua potable SSHH Pozo séptico  Teléfono Cable Celular Computadora/Internet |

* 1. **CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

¿Durante el embarazo hubo alguna dificultad?, Indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad de la madre durante la gestación: \_\_\_\_\_\_\_\_ Edad del padre durante la gestación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parto: A término Prematuro Postérmino

Por: Cesárea Normal

Hubo complicaciones: SI No

Explique cuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su desarrollo madurativo dentro del primer año fue normal?

Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

Tiene alguna enfermedad: SI NO

Indicar cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene alergias: SI NO

Indicar cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibe tratamientos médicos: SI NO

Indicar cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicamentos que utiliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dónde recibe atención:

Centro de salud Subcentro de salud Hospital público Hospital privado

Tiene algún tipo de discapacidad: SI NO

Indicar cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Carnet CONADIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha repetido algún año: SI NO En qué grado/curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna dificultad en su aprendizaje?: SI NO

¿Tiene un diagnóstico emitido por algún médico o centro? SI NO

Indique el diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha aproximada de valoración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **FIRMAS DE RESPONSABILIDAD**

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE** |
|  |
| **Nombre:** |  |
| **N° Cédula:** |  |