



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR VERBO

“Formando con principios bíblicos”

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL

FICHA ACUMULATIVA

AÑO LECTIVO 2020 – 2021

No. CÓDIGO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
GRUPO ÉTNICO:		Negro <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>
		Mestizo <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>
		Afro descendiente <input type="checkbox"/>	
GRADO QUE CURSA:			
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:			
SECTOR:		TELÉFONOS:	

2. 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?			

3. 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

3.1 CONDICIONES DE VIVIENDA

Propia <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Prestada <input type="checkbox"/>	Con préstamo <input type="checkbox"/>	Compartida <input type="checkbox"/>
Departamento <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/>	Casa <input type="checkbox"/>	
Servicios:				
Luz eléctrica <input type="checkbox"/>	Agua potable <input type="checkbox"/>	SSH <input type="checkbox"/>	Pozo séptico <input type="checkbox"/>	
Teléfono <input type="checkbox"/>	Cable <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Computadora/Internet <input type="checkbox"/>	

3.2 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	<input type="text"/>
Talla al nacer	<input type="text"/>
Edad en que empezó a caminar	<input type="text"/>
Edad a la que habló por primera vez	<input type="text"/>

Periodo de lactancia	<input type="text"/>
Edad hasta la cual utilizó biberón	<input type="text"/>
Edad en que aprendió a controlar esfínteres	<input type="text"/>

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: _____

4. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

REPRESENTANTE	
Nombre:	
N° Cédula:	