**UNIDAD EDUCATIVA CRISTIANA VERBO**

*“Formando con principios bíblicos”*

**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**

**REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL**

FOTO DIGITAL

d

**AÑO LECTIVO 2020 – 2021**

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: | |  | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | |  | |
| GRADO AL QUE POSTULA: | |  | |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA: | |  | |
| SECTOR: |  | TELÉFONOS: |  |

1. **DATOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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? |  |
| ¿Tiene algún familiar con discapacidad? ¿Qué tipo? ¿Quién? |  | Personas con quien vive el estudiante: |  |

1. **RELACIONES FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Muy buenas** | **Buenas** | **Regulares** | **Malas** | **Muy Malas** |
| RELACIÓN CON EL PADRE: |  |  |  |  |  |
| RELACIÓN CON LA MADRE: |  |  |  |  |  |
| RELACIONES CON HERMANOS: |  |  |  |  |  |
| RELACIÓN CON LOS QUE VIVE: |  |  |  |  |  |
| RELACIÓN CON PADRASTRO O MADRASTRA: |  |  |  |  |  |

1. **AREA ESPIRITUAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PADRE** | **MADRE** |
| Religión que profesa |  |  |
| ¿Crees en Jesús? |  |  |
| ¿Crees que la Biblia es la palabra inspirada de Dios? |  |  |

1. **REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES**

**Ingresos/egresos de los miembros de la familia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INGRESOS** | **EGRESOS** |
| Padre: |  |  |
| Madre: |  |  |
| Otros: |  |  |
| Total: |  |  |

**Condiciones de vivienda**

Propia Arrendada Prestada Con préstamo Compartida

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Servicios:** Luz eléctrica Agua potable SSHH Pozo séptico

Teléfono Cable Celular Computadora/Internet

1. **HISTORIA VITAL/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 |  |

Estado de salud general: Bueno Regular Malo

Tiene alguna enfermedad: SI NO

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

Tiene alergias: SI NO

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

Recibe tratamientos médicos: SI NO

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

Operaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante recibe atención médica en:

Centro de salud Subcentro de salud Hospital público Hospital privado

Nombre del médico que lo atiende regularmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene algún tipo de discapacidad: SI No

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

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

Obesidad Enfermedades cardíacas Hipertensión

Diabetes Enfermedades mentales Otros

1. **DATOS ACADÉMICOS/RENDIMIENTO ESCOLAR**

Institución de la que proviene: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razones para el cambio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Promedio del año/unidad anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disciplina del año anterior/unidad anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido problemas a nivel disciplinario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Presenta alguna dificultad en su aprendizaje?: SI NO ¿Qué dificultad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Ha recibido tratamiento o terapia: SI NO

Desde cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué terapia recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué días recibe terapia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **FIRMA DIGITAL DE RESPONSABILIDAD**

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

**Nota:** Los Diagnósticos e informes terapéuticos de los estudiantes con NEE deben ser enviados de forma digital conjuntamente con esta ficha.