

FICHA DE DATOS INFORMATIVOS
AÑO LECTIVO 20 - 20

JORNADA: Matutina Vespertina Nocturna

Nº CEDULA DEL/A ESTUDIANTE: _____

FOTO DEL / LA
ESTUDIANTE

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 Cuántos _____

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			
4to			
5to			

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: Si NoCuál _____

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:

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 Si No 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

NOMBRE Y APELLIDO _____

PROFESIONAL DECE

NOMBRE Y APELLIDO _____