



FICHA ACUMULATIVA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN

Apellidos y Nombres del/la estudiante:.....

Lugar y fecha de nacimiento:

C.C/Pasaporte:

Nacionalidad:

Domicilio:

Sector:

Teléfonos propios y referenciales:

DATOS FAMILIARES

Nombres madre:

Edad:

Estado civil:

Instrucción:

E-mail:

Profesión/ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfonos:

Nombres padre:

Edad:

Estado civil:

Instrucción:

E-mail.....

Profesión/ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfonos:

Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otras personas que no sean sus progenitores

Nombre del representante, Legal, cuidador o tutor:.....

.....C.C.....

Parentesco: Edad:

Profesión/ocupación:

Teléfonos:

Lugar de trabajo:

Correo electrónico:.....

REFERENCIAS FAMILIARES DEL /LA ESTUDIANTE

Personas con quienes vive el /la estudiante (todas las personas que conforman la estructura familiar):

Nombres de hermanos/as y edades:

.....

Lugar que ocupa en la familia:

Nombre de los hermanos/as que estudian en la institución, edades, año y paralelo:

Descripción de la estructura familiar:

.....

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si () No ()

Determinar quién y la discapacidad con porcentaje:

.....

Observaciones:

.....

REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

Ingresos/egresos de los miembros de la familia

Padre:

Total ingresos:

Madre:

Total de egresos:

Otros:

Total:

Recursos disponibles:

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA

Propia () Arrendada () Prestada () Anticresis ()

Con préstamo ()

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

.....

Servicios: Luz eléctrica () Agua potable () SSHH ()

Pozo séptico () Teléfono () Celular () Computadora ()

Internet () Cable ()

Observaciones:

DATOS ACADÉMICOS/RENDIMIENTO ESCOLAR

Fecha de ingreso a la institución por primera vez:

Institución educativa de la que procede:.....

El estudiante ha repetido años (especificar cuáles y razones):.....

.....

DATOS ACADÉMICOS:

Asignaturas de preferencia del estudiante:

Asignaturas en las que ha tenido dificultad:.....

Dignidades alcanzadas:

Logros académicos:

Participación en:

Extracurriculares:

DATOS MÉDICOS:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Si () No ()

Determinar cuál / porcentaje / no. de carnet:

El estudiante tiene alguna condición médica específica:

Si () No () Determinar cuál:

El estudiante padece de alergias: Si () No ()

Determinar cuáles:

Especificar medicamentos que utiliza:

El estudiante recibe atención médica en:

Centro de salud () Hospital público () Hospital privado ()

Otro ()

Nombre y dirección:

Nombre del médico que lo atiende:

Observaciones:

.....

HISTORIA VITAL:

Embarazo y parto

Edad de la madre:

Accidentes en el embarazo:

Medicamentos durante el embarazo:.....

Al termino () prematuro () Cesárea () parto normal ()

Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo

(preclamsia, hipoxia, etc.):

DATOS DEL/LA NIÑO/A RECIÉN NACIDO:

Peso al nacer: Talla al nacer:

Edad en que empezó a caminar:

Edad a la que hablo por primera vez: Periodo de lactancia:

Edad hasta la cual utilizo biberón:

Edad en que aprendió a controlar esfínteres:

Observaciones:

ENFERMEDADES (DESDE LA INFANCIA HASTA LA ACTUALIDAD)

Enfermedades:

Accidentes:

Cirugías:

Perdidas de conocimientos:

Otros:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Obesidad () Enfermedades cardiacas () Hipertensión ()

Diabetes () Enfermedades mentales ()

Otros:

CÓMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE CON

Padre:.....

Madre:.....

Hermanos/as:.....

.....

Otros:.....

Observaciones:.....

.....

Costumbres, hábitos (de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre, amigos, cuantas tareas tiene diariamente y el tiempo que les dedica):

.....

CROQUIS DEL DOMICILIO DEL/ DE LA ESTUDIANTE

NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL:.....

FIRMA

C.C.

FIRMA DE PSICÓLOGA DEL DECE:

.....