

REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

AÑO LECTIVO: 20..... – 20.....

JORNADA: Matutina: Vespertina: Nocturna:

Nº CEDULA DEL/A ESTUDIANTE: _____

FOTO DEL/A
ESTUDIANTE
(OBLIGATORIO)

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: ___ Cuantos:

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			

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:

Embarazada: Si: Meses: Si: No: Cual: _____
No:

Es padre o madre adolescente: Si: No: Tiene con quien dejar a su hijo: Si: No: Quien: _____

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: **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: _____

REPRESENTANTE

EL CONSEJERO ESTUDIANTIL