

## REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

AÑO LECTIVO: 2021 – 2022

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)					
IDENTIFICACIÓN ÉTNICA:	Blanco/a:	Mestizo:	Indígena:	Afroecuatoriano:	
DOMICILIO:					
SECTOR:					
CAMBIOS DE DOMICILIO:					
Teléfono convencional:		Teléfono Móvil:		Claro	Movi
				Cnt	Tuenti

### 2. DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Nº de Cédula
Lugar y dirección de trabajo:					
Teléfonos de contacto: _____			Teléfonos de trabajo: _____		

Nombre del padre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Nº de Cédula
Lugar y dirección de trabajo:					
Teléfonos de contacto: _____			Teléfonos de trabajo: _____		

Nombre representante legal/cuidador/tutor	Parentesco	Edad	Profesión u ocupación	Teléfono de contacto	Nº de Cédula
Lugar y dirección 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			
3ro			

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:  No:  Cual: \_\_\_\_\_

Embarazada: Si:  Meses:   
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:** \_\_\_\_\_

ANALISTA DECE RESPONSABLE