



UNIDAD EDUCATIVA “JOSE MARIA VELAZ”

FE Y ALEGRÍA

DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL

Gualberto Pérez E2-204 y Andrés Pérez (Ferroviaria Baja) Quito-Ecuador

Telf: 3138-625/2650822 Email: ue.josemvelazi@fevalebria.org.

ZONA: 9 DISTRITO: I7D06 ELOY ALFAR CIRCUITO: C05-II COD. AMIE: I7H01200

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)
DOMICILIO:
SECTOR:
CÈDULA:

2.- DATOS FAMILIARES (REPRESENTANTES)

NOMBRES	EDAD	ESTADO CIVIL	INSTRUCCION	PROFESION/ OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	TELEFONOS
PADRE:						
MADRE:						
Otros:						

*Nombre representante legal /cuidador/tutor	Parentesco	Edad	Profesión u ocupación	Teléfono de contacto	Lugar de trabajo

3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE:

El estudiante vive con:

Número de hermanos y edades:

Lugar que ocupa en la familia:

Nombre de hermanos/as que estudien en la institución y edades:

.....

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si No

Determinar quién:

Familiar que presente COVID-19: Si No

Determinar quién:

Cómo describiría la relación del estudiante con:

- Padre:
- Madre:
- Hermanos/as
- Otros:

¿Qué actividades familiares tienen?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

4. REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

• **Condiciones de vivienda**

Propia Arrendada Prestada Con préstamo Familiar

• **Servicios**

Luz eléctrica Agua potable SSHH Pozo séptico Teléfono Cable Celular

Computadora Conectividad a internet: SI NO Fija Móvil

INGRESOS Y DETALLE	EGRESOS Y DETALLE	INGRESOS:
		EGRESOS:
		TOTAL:

4.- DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Sí No

Determinar cuál:

N.º de Carnet.....

El estudiante tiene alguna condición médica crónica o alergias: Sí No

Determinar cuál (especificar medicamento que utiliza):

Datos relevantes de salud del estudiante:.....

.....

Antecedentes patológicos familiares (obesidad, enfermedades mentales, cardíacas, diabetes, hipertensión, etc.):

.....

.....

Afiliación al IEES: SI NO

Quién:

5.- DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR

Fecha de ingreso a la institución: DD/MM/AA

Institución educativa de la que procede (motivo del cambio):

El estudiante ha repetido años (especificar cuál/es) y el motivo:

El estudiante actualmente cursa (coloque año lectivo que corresponda)

NURSERY 1	NURSERY 2	1° EGB	2° EGB	3° EGB	4° EGB	5° EGB	6° EGB	7° EGB	8° EGB	9° EGB	10° EGB
1° DE BACHILLE RATO	2° DE BACHILLER ATO	3° DE BACHILL ERATO									

6.- DATOS ACADÉMICOS:

Asignaturas de preferencia del estudiante:

Asignaturas en las que ha tenido dificultad:

Logros Académicos:

Año	

Actividades extracurriculares:

Costumbres y hábitos de estudio:

Rutina diaria:	
Actividades en tiempo libre:	
Tiempo de estudio:	
Fortalezas y debilidades:	

7.- HISTORIA VITAL

INDICADOR	SI	NO	ESPECIFICACIONES		
¿Tuvo algún problema durante el embarazo?					
¿Estuvo en buen estado de salud durante el embarazo?					
¿Tuvo la madre control prenatal durante el embarazo?					
¿Requirió algún tipo de medicamento?					
¿Consumió alcohol o drogas durante el embarazo?					
¿Tuvo algún problema en el parto?			PREMATURO	TÉRMINO	DEMORADO

			NORMAL	CESÁREA
¿Conoce el APGAR del niño?			1 min:	5 min:
¿Tuvo periodo de lactancia?			Hasta la edad:	
¿Tuvo alguna enfermedad grave en la infancia?				

7.1. DATOS DEL DESARROLLO DE LA INFANCIA

Edad aproximada en la que empezó a:	AÑOS	MESES
SENTARSE		
GATEAR CAMINAR		
EMITIR SU PRIMERA PALABRA		
CONTROLAR ESFÍNTERES		