

**UNIDAD EDUCATIVA “LICEO POLICIAL”
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL
AÑO LECTIVO 201__ - 201__**

FOTO

No. CÓDIGO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

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

2.- DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto:

.....

Nombre del padre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto:

.....

*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)

.....

.....

.....

.....

Número de hermanos/as y
edades:.....

Lugar que ocupa en la
familia:.....

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

Descripción de la estructura familiar:
.....
.....
.....
.....

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si No
Determinar quién:

.....
.....
.....

Observaciones:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.- DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Si No

Determinar cuál:
.....
.....

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 Subcentro de salud Hospital Público
Hospital Privado

Nombre del/la médico/a que atiende regularmente al estudiante:

.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....

4.- 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):

.....
.....

4.1 DATOS ACADÉMICOS:

Asignaturas de preferencia del estudiante:

.....

Asignaturas en las que ha tenido dificultad:

.....

Dignidades alcanzadas:

.....
.....

Logros académicos:

.....
.....

Participación en:

.....
.....

Clubes:

.....
.....

Extracurriculares:

.....
.....

5.- HISTORIA VITAL

5.1.- Embarazo y Parto

Edad de la madre:

.....
.....
.....

Accidentes en el embarazo:

.....
.....

Medicamentos durante el embarazo:

.....

Al término	<input type="checkbox"/>	Prematuro	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	Parto Normal	<input type="checkbox"/>

Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo (preclamsia, hipoxia, etc.)

.....
.....
.....

5.2.- 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:

.....

5.3 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)

Enfermedades:.....

.....

Accidentes:

.....

.....

Alergias:.....

.....

Cirugías:.....

.....

Pérdidas de conocimiento:.....

Otros:.....

5.4 Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad Enfermedades cardíacas Hipertensión

Diabetes Enfermedades mentales Otros

5.5 Cómo describiría la relación del/ la estudiante con:

Padre:

Madre:

Hermanos/as:

Otros:

Observaciones:

.....
.....
.....

**5.6 Costumbres, hábitos: (En esta parte Ud. Puede describir libremente:
hábitos de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre,
cuantas tareas tiene diariamente y el tiempo que les dedica)**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....