



FICHA ACUMULATIVA GENERAL DEL ESTUDIANTE

No. Código:

1.- Datos de identificación/ información:

Apellidos y nombres del/ la estudiante:
Cédula de identidad:
Lugar y fecha de nacimiento: (dd/mm/aa)
Domicilio:
Sector:
Teléfonos:

2.- Datos familiares:

Nombre completo de la madre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos de contacto
Nombre completo del padre	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos de contacto

Nombre representante legal /cuidador/tutor	Cédula de identidad	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)

Padre () Madre () Hermanos () Tíos () Abuelos () Otros ()

En el caso de ser otros especificar quienes y por qué:

.....

Número de hermanos/as 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 y la clase de discapacidad:

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

Ingresos/ egresos de los miembros de la familia

	INGRESOS	EGRESOS
Padre		
Madre		
Otros		
Total		

Condiciones de vivienda

Propia ☐ Arrendada ☐ Prestada ☐ Hipotecada ☐ Con préstamo ☐

Servicios

Agua potable ☐ SSHH ☐ Pozo séptico ☐ Luz eléctrica ☐ Celular ☐

Convencional ☐ Internet ☐ TV cable ☐

4.- DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Si ☐ No ☐

Determinar cuál.....

El estudiante tiene alguna condición médica específica: Sí ☐ No ☐

Determinar cuál.....

El estudiante padece de alergias: Sí ☐ 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 médico y entidad a la que asiste:.....

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):.....



5.1 DATOS ACADÉMICOS:

Asignaturas de preferencia del estudiante:

.....

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

Dignidades alcanzadas:.....

Logros académicos:.....

Clubes:.....

Actividades extracurriculares: (cuáles y dónde)

6.- HISTORIA EVOLUTIVA:

6.1. PRE - NATAL

¿Cuál es el número de embarazo con su hijo?

¿Cómo fue su embarazo o gestación (condiciones)? Síntomas, problemas, duración, control.

.....

Enfermedades durante el embarazo y/o accidentes ☐ Ingesta de medicamentos ☐

Ingesta de alcohol, tabaco, drogas y/o anticonceptivos durante el embarazo ☐

¿Pérdidas? Causas.....

6.2. PERI – NATAL

¿A qué tiempo nació? ¿Quién atendió el parto?.....

Parto: normal ☐ cesárea ☐ con desgarramiento ☐ inducido ☐

¿Por qué?.....

¿Se utilizó anestesia Local ☐ General ☐

Uso de instrumentos: Fórceps, Vacum, etc. ¿Por qué?.....

Presentación del recién nacido (Peso y altura)

Llanto al nacer ☐ Necesitó reanimación con oxígeno ☐ Incubadora ☐

¿Por cuánto tiempo?

Edades de los padres, al momento de nacer el/la niño/a.

Papá: Mamá:

6.3. POST – NATAL

Malformaciones: SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?.....

Lactancia materna SI ☐ NO ☐

Dificultades en la succión: SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?



Dificultades después del parto: SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?

Dificultades después del parto: SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?

7. HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

Edades para:

Levantar la cabeza ☐ Sentarse (sin ayuda) ☐ Gatear ☐ Pararse ☐ Caminar ☐

Dificultades, tendencia a caerse o golpearse: SI ☐ NO ☐

Presencia de movimientos automáticos: balancearse ☐

¿Otros?

Movimientos agitados: Sacude los brazos ☐ Estruja las manos ☐

¿En qué momento?

¿Con qué frecuencia?

Habilidades para: Correr ☐ Saltar ☐ Pararse sobre un pie ☐ Desplazarse saltando sobre un pie ☐

Dominancia lateral manual: Izquierda ☐ Derecha ☐

8. ENFERMEDADES (DESDE LA INFANCIA HASTA LA ACTUALIDAD)

Estado de salud actual:

Medicamentos consumidos:

Accidentes ☐ Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento ☐ Convulsiones ☐ Mareos ☐

¿Qué edad tenía el niño? ¿Cómo fue atendido?

Operaciones: SI ☐ NO ☐

¿Cuáles? ¿Por qué?

Exámenes realizados (neurológico, audiológico, psiquiátrico, psicológico u otros).

Resultados:

Antecedentes patológicos familiares:		
Obesidad	Enfermedades cardíacas	Hipertensión
Diabetes	Enfermedades mentales	Otros

9. RELACIONES FAMILIARES:

Cómo describiría la relación del/la estudiante con?

Padre:



Madre:

Hermanos:

Otros:

10. FORMACIÓN DE HABITOS:

10.1. Alimentación:

Lactancia que recibió su hijo fue: Materna ☐ Artificial ☐

Durante cuánto tiempo la recibió:

¿A qué edad aparecieron los primeros dientes a su hijo?

¿A qué edad empezó a darle alimentos sólidos?

Habilidades para comer: ¿Requiere ayuda? SI ☐ NO ☐

¿Usa cubiertos? SI ☐ NO ☐

¿Su hijo tiene apetito? SI ☐ NO ☐

¿Cuántas comidas recibe al día?

10.2. Higiene

¿A qué edad su hijo comenzó a controlar la orina?

¿Su hijo avisa cuando quiere hacer sus necesidades?

¿Su hijo se asea solo? SI ☐ NO ☐

Si, requiere ayuda ¿cómo?.....

10.3. Sueño

Duración: horas

Uso de medicamentos (edad, frecuencia):

Temores nocturnos: SI ☐ NO ☐

¿Cuándo su hijo está dormido?: Habla ☐ Grita ☐ Se mueve ☐ Transpira ☐ Camina ☐

¿Se resiste a acostarse a un horario determinado? SI ☐ NO ☐

Representante:	DECE:
Firma del representante C.I:	Firma del responsable DECE Sello