1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN / INFORMACIÓN**

|  |
| --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES DEL/LA ESTUDIANTE: CURSO:** Elija un elemento.**Ingresar nombres y Apellidos** |
| **LUGAR DE NACIMIENTO:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **FECHA DE NACIMIENTO:**Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| **DOMICILIO:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **SECTOR:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **CAMBIOS DE DOMICILIO:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **TELÉFONOS:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS FAMILIARES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Madre**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Edad** |
| **Estado Civil**Elija un elemento. | **Instrucción**Elija un elemento. |
| **Profesión u Ocupación**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Lugar de Trabajo**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Teléfonos de Contacto:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Correo Electrónico:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Padre**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Edad** |
| **Estado Civil**Elija un elemento. | **Instrucción**Elija un elemento. |
| **Profesión u Ocupación**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Lugar de Trabajo**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Teléfonos de Contacto:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Correo Electrónico:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Representante (\*)**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Edad** |
| **Estado Civil**Elija un elemento. | **Instrucción**Elija un elemento. |
| **Profesión u Ocupación**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Lugar de Trabajo**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Teléfonos de Contacto:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Correo Electrónico:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

**(\*) Esta Casilla solamente se llena si el estudiante está bajo el cuidado de otras personas que no sean sus padres**

1. **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**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

**Lugar que Ocupa en la Familia**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

**Número de Hermanos/as y Edades que estudien en la Institución**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

**Descripción de la Estructura Familiar**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

**Tiene Familiar con Discapacidad** Elija un elemento.

**Si la respuesta fue afirmativa, especifique quién**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
| Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar |

* 1. **REFERENCIAS SOCIOECONOMICAS GENERALES**

 **Ingresos/ egresos de los miembros de la familia**

|  |  |
| --- | --- |
| Ingresos Padre  | $0,00 |
| Ingresos Madre  | $0,00 |
| Otros Ingresos | $0,00 |
| Total Ingresos | $0,00 |
| Total Egresos  | $0,00 |

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones de la Vivienda |  |
| Breve descripción de la vivienda: (casa, departamento, cuarto, etc) | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Servicios: |       |
| Observaciones: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS DE SALUD**

|  |
| --- |
| El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: |
| Determinar cuál:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| El estudiante tiene alguna condición médica específica: |
| Determinar cuál:**Gripe constante** |
| El estudiante padece de alergias: |
| Determinar cuáles:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Especificar medicamentos que utiliza:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| El estudiante recibe atención médica en:     |
| Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Observaciones:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR**

Fecha de Ingreso a la Institución: 2020-08-05

Institución Educativa de que Proviene: Unidad Educativa

El/La estudiante ha repetido años: 

Especificar cuáles: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

* 1. **DATOS ACADEMICOS**

|  |
| --- |
| Asignaturas de preferencia del estudiante:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Asignaturas en la que ha tenido dificultad:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Dignidades alcanzadas:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Logros académicos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Participación en: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Clubes:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Extracurriculares: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **HISTORIA VITAL**
	1. **Embarazo y parto**

|  |
| --- |
| Edad de la madre en el embarazo: |
| Accidentes en el embarazo:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Medicamentos durante el embarazo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo (preclamsia, hipoxia, etc)Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

* 1. **Datos del/ la niño/a recién nacido**

|  |  |
| --- | --- |
| Peso al nacer: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Talla al nacer:  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Edad en que empezó a caminar: |  |
| Edad a la que habló por primera vez: |  |
| Período de lactancia: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Edad hasta la cual utilizó biberón:  |  |
| Edad en que aprendió a controlar esfínteres: |  |

* 1. **Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)**

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Accidentes:  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Alergias: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Cirugías: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Pérdidas de Conocimiento: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Otros:  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

* 1. **Antecedentes patológicos familiares**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Cómo describiría la relación del/la estudiante con:**

|  |  |
| --- | --- |
| Padre: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Madre:  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Hermanos: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Otros:  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Observaciones:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

* 1. **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)**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**FOTOGRAFÍA**

****