

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
AÑO LECTIVO 2025 – 2026
REGISTRO ACUMULATIVO

1. - DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/LA ESTUDIANTE:				
CURSO Y PARALELO:			C.I.:	
NACIONALIDAD:				
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:	
DOMICILIO: Lugar:		Sector:		
Calles:		Nro. de casa:		
Referencia:				
GRUPO ÉTNICO:		Mestizo:	Indígena:	Afro Ecuatoriano: Blanco:
TELÉFONOS:				
CORREO ELECTRÓNICO:				

2. - DATOS FAMILIARES:

Nombres completos de la madre	Edad	C.I.	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono de contacto

Nombres completos del padre	Edad	C.I.	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono de contacto

Nombres completos representante legal/cuidador/tutor	Parentesco	Edad	Profesión u ocupación	Teléfono de contacto	Lugar de trabajo

3.-REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE:

PADRES:

Juntos: Separados: Divorciados: Fallecidos:

En el caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco del fallecido:

Personas con quien vive el/la estudiante: (especificar todas las personas que conforman la estructura familiar y sus edades)

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

Número de hermanos:

Lugar que ocupa en la familia:

Hermanos/as que estudien en la institución:

Nombre: Curso: Paralelo:

4.- REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

Ingresos/egresos de los miembros de la familia:

Nombre	Ingresos:	Egresos:
Padre:		
Madre:		

Otros:		
TOTAL:		

5.-CONDICIONES DE VIVIENDA:

Propia..... Arrendada..... Prestada..... Anticresis..... Por servicios.....
 Breve descripción de la vivienda (casa, departamento, cuarto, etc.)
 Servicios: Luz eléctrica..... Agua potable..... Teléfono convencional.....
 Cable..... Celular..... Computadora/Laptop..... Internet.....

6.-CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE:

Tiene algún tipo de discapacidad: SI: NO:
 Indique cuál:
 Tiene carné: SI: NO:
 Nro. de Carnet del CONADIS/MSP o C. I. Porcentaje:
 Tiene alguna condición médica específica: SI: NO:
 Determinar cuál:

Especificar medicamentos que utiliza:

Enfermedades desde la infancia hasta la actualidad:
 Enfermedades padecidas:
 Accidentes:

Otros:

Recibe atención médica en:
 Centro de salud: Subcentro de salud: Hospital público: Clínica particular:
 Hospital privado: Especifique:
 Nombre del médico tratante:
 Presenta alergias:

7. - RENDIMIENTO ESCOLAR

Fecha de ingreso a la institución:
 Institución educativa de la que procede:
 El estudiante ha repetido algún año: SI: NO:
 Especificar el motivo:
 Asignaturas de mayor rendimiento:
 Asignaturas en las que mayor dificultad presenta:
 Actividades en las que ha participado en la Institución:

Presenta problemas de aprendizaje SI: NO:
 Indique cuál:
 Cuenta una evaluación psicopedagógica: SI: NO:

En caso de que su respuesta ha sido afirmativa, presentar al DECE la evaluación.

8.- CÓMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE CON:

Padre:
 Madre:
 Hermanos/as:
 Otros:

9.- A QUÉ SE DEDICA EL/LA ESTUDIANTE EN SU TIEMPO LIBRE:

OBSERVACIONES o SUGERENCIAS:

.....

