

UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL MARIA AUXILIADORA
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
AÑO LECTIVO 2019 - 2020

58 ANEXO C: HERRAMIENTAS DE MONITOREO GENERAL ¹

REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA ESTUDIANTE
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:
SECTOR:
CAMBIOS DE DOMICILIO:

2.- DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de Trabajo
Teléfonos de contacto	Convencional:		Celular:		

Nombre del padre	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión u Ocupación	Lugar de Trabajo
Teléfonos de contacto	Convencional:		Celular:		

¹ Ministerio de Educación. Modelo de Atención de los Departamentos de Consejería Estudiantil. Pags de la 58-64.

*Nombre del representante legal/cuidador/tutor	Edad	Parentesco	Profesión u Ocupación	Lugar de Trabajo
Teléfonos de contacto	Convencional:		Celular:	

*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)

Padres madre padre otros

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:

Padres:
Juntos Separados Fallecidos

En caso de Fallecimiento, especificar nombre y parentesco del fallecido

.....

Fuera del país

Especificar nombre y parentesco

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si No

Determinar quién:.....

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES: Ingresos/ Egresos de los miembros de la familia

Padre	
Madre	
Otros	
Total	
Total de Egresos	

CONDICIONES DE VIVIENDA:

Propia Arrendada Prestada Anticresis

Con préstamo

SERVICIOS:

Luz eléctrica Agua potable teléfono cable celular

Computadora internet

4.- DATOS DE SALUD:

La estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Sí No

Determinar cuál:.....

La estudiante tiene alguna condición médica específica: Sí No

Determinar cuál:.....

La estudiante padece de alergias: Sí No

Determinar cuáles:.....

Especificar medicamentos que utilice:

La estudiante recibe atención médica en:

Centro de Salud Subcentro de Salud Hospital Público

Hospital Privado IESS

Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante:
.....

5.- DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR

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

Institución educativa de la que procede:

La 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:.....

Participación en:.....

Clubes:.....

Extracurriculares:.....

6. CÓMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN DEL/ LA ESTUDIANTE CON:

Padre:

Madre:.....

Hermanos/as:.....

Otros:.....

6.1 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)

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE