



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAN ANTONIO DE PADUA"
EDUCAR, AMAR Y SERVIR



Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)

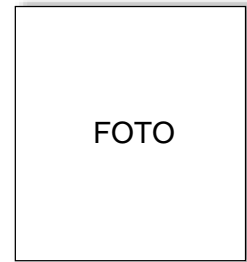
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL (DECE)

REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

N° DE CÓDIGO	
-----------------	--

AÑO LECTIVO 20____/20____

FOTO



1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	
FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)	
EDAD: (años y meses)	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	
SECTOR:	
TELÉFONOS:	

2. DATOS FAMILIARES:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE:	
EDAD	
ESTADO CIVIL	
INSTRUCCIÓN	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	
LUGAR DE TRABAJO	
TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:	
EDAD	
ESTADO CIVIL	
INSTRUCCIÓN	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	
LUGAR DE TRABAJO	
TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL :	
EDAD	
ESTADO CIVIL	
INSTRUCCIÓN	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	
LUGAR DE TRABAJO	
TELÉFONO DE CONTACTO	



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAN ANTONIO DE PADUA"
EDUCAR, AMAR Y SERVIR



Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)

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	NOMBRE Y APELLIDO DE SUS HERMANOS :	EDAD:
LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS :		

FAMILIARES CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD:	SI	NO	
NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:			
ESPECIFICAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD:			
OBSERVACIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:			

4. REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES:

MIEMBROS DE LA FAMILIA	INGRESO MENSUAL	EGRESO MENSUAL
PADRE		
MADRE		
OTROS		
TOTAL		

CONDICIONES DE VIVIENDA: (marque con una X su respuesta)					
PROPIA	ARRENDADA	PRESTADA	ANTICRESIS	CON PRÉSTAMO	
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA: (casa, departamento, cuarto, etc)					
SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA SU DOMICILIO: (marque con una X su respuesta)					
LUZ ELÉCTRICA		AGUA POTABLE		TELÉFONO CONVENCIONAL N°	
CELULAR		COMPUTADORA		INTERNET	



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAN ANTONIO DE PADUA"
EDUCAR, AMAR Y SERVIR

Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)



5. HISTORIA EVOLUTIVA:

✓ **PRE - NATAL**

NÚMERO DE EMBARAZO DE SU HIJO/A ASPIRANTE:			
DESCRIBA COMO FUÉ SU EMBARAZO: (condiciones, síntomas, enfermedades, accidentes, medicamentos, rayos X)			
EL EMBARAZO FUÉ PLANIFICADO O DESEADO:	SI	NO	
DURANTE EL EMBARAZO HUBO INGESTA DE ALCOHOL, TABACO O DROGAS:	SI	NO	
¿PREVIAS PÉRDIDAS DE EMBARAZO?			
CAUSAS:			

✓ **PERI - NATAL**

EDAD DE LOS PADRES AL MOMENTO DEL PARTO:	PADRE:	MADRE:	
EL PARTO FUÉ:	AL TERMINO	PREMATURO	A LAS CUANTAS SEMANAS NACIÓ
EL PARTO FUÉ:	NORMAL	CESÁREA	DESCRIBA EL MOTIVO DE CESÁREA
SE UTILIZARON INSTRUMENTOS COMO FORCEPS:	SI	NO	
HUBO LLANTO AL NACER:	SI	NO	
NECESITO REANIMACIÓN CON OXIGENO:	SI	NO	
NECESITO INCUBADORA:	SI	NO	POR CUANTO TIEMPO
PESO AL NACER:			
TALLA AL NACER:			

✓ **POST - NATAL**

LACTANCIA MATERNA	FORMULA:	HASTA QUE EDAD:
EDAD QUE EMPEZO A BALBUCEAR.		
EDAD QUE DIJO SUS PRIMERAS PALABRAS	¿CUALES?	
EDAD EN LA QUE CONTROLÓ ESFÍNTERES:		

6. HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR:

ESCRIBA LA EDAD QUE APRENDIO A:							
LEVANTAR LA CABEZA	SENTARSE SIN AYUDA	GATEÓ	SI	NO	PARARSE SOLO	CAMINAR	
DIFICULTADES, TENDENCIA A CAERSE O GOLPEARSE:		SI	NO				
PRESENCIA MOVIMIENTOS AGITADOS:							
SACUDE LOS BRAZOS	ESTRUJA LAS MANOS	EN QUÉ MOMENTO	CON QUÉ FRECUENCIA				
PRESENTA DIFICULTADES PARA:	CORRER	SALTAR	PARARSE SOBRE UN PIE				
	DESPLAZARSE SALTANDO SOBRE UN PIE						
DOMINANCIA LATERAL MANUAL:		IZQUIERDA	DERECHA				



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAN ANTONIO DE PADUA"
EDUCAR, AMAR Y SERVIR

Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)



7. DATOS DE SALUD:

EL ESTUDIANTE TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD:		SI	NO	
DETERMINAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD:				
EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:		SI	NO	
DETERMINAR CUÁL:				
EL ESTUDIANTE CONSUME MEDICAMENTOS:		SI	NO	
DETERMINAR CUÁL:				
EL ESTUDIANTE PADECE DE ALERGIAS:		SI	NO	
EL ESTUDIANTE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN: (marque con una X)				
HOSPITAL PÚBLICO		HOSPITAL PRIVADO		
I.E.S.S.				
HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)				
SI	NO	DESCRIBA LA ENFERMEDAD		
SE HA REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA AL ESTUDIANTE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)				
SI	NO	DESCRIBA EL MOTIVO DE LA CIRUGÍA		
EL ESTUDIANTE HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE GRAVE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)				
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y CÓMO FUE ATENDIDO		
EL ESTUDIANTE HA TENIDO PÉRDIDAS DE CONOCIMIENTO: (desde el nacimiento hasta la actualidad)				
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y CÓMO FUE ATENDIDO		
EXÁMENES REALIZADOS:		NEUROLÓGICO	PSIQUIÁTRICO	PSICOLÓGICO

EL ESTUDIANTE TIENE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA:		
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:
EL ESTUDIANTE HA TENIDO ALGUN RIESGO PSICOSOCIAL		
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES			
ENFERMEDADES CARDIACAS		OBESIDAD	DIABETES
ENFERMEDADES MENTALES		HIPERTENSIÓN	OTRAS
ESPECIFIQUE EL PARENTESCO DE LA PERSONA ENFERMA CON EL ESTUDIANTE:			



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR “SAN ANTONIO DE PADUA”
EDUCAR, AMAR Y SERVIR**



Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)

8. HISTORIA ACADÉMICA:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA QUE PROCEDE:	
HA PRESENTADO DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE:	
EL ESTUDIANTE HA REPETIDO AÑOS (especificar cuál/es):	
ASIGNATURA QUE MÁS DOMINA:	
ASIGNATURA QUE MENOS DOMINA:	
HA TENIDO ALGUN LOGRO ACADÉMICO:	
REALIZA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES, CUALES:	

9. OPINIÓN DE LOS PADRES Y HERMANOS CON RELACIÓN AL ESTUDIANTE:

DESCRIBA LA RELACION DEL PADRE E HIJO/A:
DESCRIBA LA RELACIÓN DEL MADRE E HIJO/A:
DESCRIBA LA RELACIÓN ENTRE HERMANOS:
COSTUMBRES, HÁBITOS: (en esta parte usted puede describir libremente a su hijo: su forma de ser, hábitos de sueño, hábitos alimenticios, dedicación al estudio, actividades en el tiempo libre, sus virtudes y defectos.)

10. OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA:



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR “SAN ANTONIO DE PADUA” EDUCAR, AMAR Y SERVIR



Simón Bolívar E1-51 y 24 de Mayo Pomasqui - Pichincha – Ecuador (022350-926)

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL (DECE)

1. Identificación del Responsable:

La Unidad Educativa Particular San Antonio de Padua, a través de su Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), es la responsable del tratamiento de los datos personales del estudiante y su representante.

2. Finalidad del Tratamiento:

Los datos recopilados: identificativos, de salud emocional, familiares y sociales serán utilizados exclusivamente para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación de situaciones que afecten el desarrollo integral del estudiante. Se garantiza que esta intervención no es terapéutica ni de evaluación clínica, la intervención del DECE no corresponde a un proceso terapéutico o de evaluación”. (Ministerio de Educación, 2023, Modelo de Gestión del Departamento de Consejería Estudiantil).

3. Consentimiento y Autorización:

Yo, [Nombre del Representante] _____,
con C.I. _____, en calidad de padre, madre y/o representante legal del
estudiante _____, declaro que he sido informado
de manera clara sobre el alcance del proceso de atención psicosocial.

AUTORIZO () NO AUTORIZO ()

Que mi representado/a reciba el servicio de descrito y que sus datos personales sean tratados para los fines antes descritos. En el marco de las actividades de prevención, promoción y sensibilización del DECE, se solicita su autorización para el registro fotográfico o audiovisual del estudiante, como el uso exclusivo en informes de gestión institucional, cartelera escolares internas o plataformas oficiales de la Institución Educativa con fines estrictamente académicos y de convivencia, evitando en todo momento la vulneración de la honra o dignidad de mi representado.

4. Derechos del Titular:

Declaro conocer que, como titular de los datos y de los de mi representado, puedo ejercer mis derechos de acceso, eliminación, rectificación, actualización y oposición, enviando una solicitud escrita a la autoridad de la institución, de conformidad con la LOPDP.

5. Confidencialidad y Conservación:

La institución garantiza la confidencialidad de la información, la cual será almacenada de forma segura únicamente durante el tiempo que el estudiante permanezca en el sistema educativo o según lo dicten las normativas legales vigentes. Se informa que, en caso de vulneración de derechos grave, la institución tiene la obligación legal de derivar el caso a las autoridades competentes conforme los dispone las Rutas y Protocolos, sin que esto vulnere el deber de secreto.

6. Declaración de Entendimiento:

Reconozco que el acompañamiento no consiste en terapia psicológica. En caso de que el DECE determine que se requiere una intervención especializada, acepto recibir la orientación para la derivación a centros externos.

Quito, a los _____ días del mes de _____ de 2026.

FIRMA DEL REPRESENTANTE
CI: _____