



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

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

AÑO LECTIVO: 2025-2026



## REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL

Nº DE  
CÓDIGO

## FOTO

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

## **APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:**

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

## 2. PATOS 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	

### 3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE

## PERSONAS CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL/EA ESTUDIANTE.  
(Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar)

(Especificar todas las personas que conforman la estructura familiar)

---

---

---

---

---

---

NUMERO 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					
<b>TOTAL</b>					
CONDICIONES DE VIVIENDA: (marque con una X su respuesta)					
PROPIA	ARRENDADA	PRESTADA	ANTICRESIS	CON PRÉSTAMO	
BREVE DESCRIPCION DE LA VIVIENDA: (casa, departamento, cuarto, etc.)					
SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA SU DOMICILIO: (marque con una X su respuesta)					
LUZ ELÉCTRICA	AGUA POTABLE	SSH	TELÉFONO		
CELULAR	COMPUTADORA	INTERNET	CABLE		

#### 5. HISTORIA EVOLUTIVA

##### ✓ PRE - NATAL

NUMERO 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 PERDIDAS 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	CESAREA	DESCRIBA EL MOTIVO DE CESAREA		
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 CONTROLO ESFINTERES:				

## 6. HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

### ESCRIBA LA EDAD QUE APRENDIÓ A:

LEVANTAR LA CABEZA	SENTARSE SIN AYUDA	GATEÓ	SI	NO	PARARSE SOLO	CAMINAR
DIFICULTADES, TENDENCIA A CAERSE O GOLPEARSE:			SI	NO		
<b>PRESENCIA MOVIMIENTOS AGITADOS:</b>						
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			

## 7. DATOS DE SALUD

EL ESTUDIANTE TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD:			SI	NO			
DETERMINAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD:							
EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:			SI	NO			
DETERMINAR CUAL:							
EL ESTUDIANTE CONSUME MEDICAMENTOS:			SI	NO			
DETERMINAR CUAL:							
EL ESTUDIANTE PADECE DE ALERGIAS:			SI	NO			
EL ESTUDIANTE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN: (marque con una X)							
HOSPITAL PÚBLICO		HOSPITAL PRIVADO		IESS			
HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)							
SI	NO	DESCRIBA LA ENFERMEDAD					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							
SE HA REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA AL ESTUDIANTE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)							
SI	NO	DESCRIBA EL MOTIVO DE LA CIRUGÍA					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							
EL ESTUDIANTE HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE GRAVE: (desde el nacimiento hasta la actualidad)							
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y CÓMO FUE ATENDIDO					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							
EL ESTUDIANTE HA TENIDO PÉRDIDAS DE CONOCIMIENTO: (desde el nacimiento hasta la actualidad)							
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y COMO FUE ATENDIDO					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							
EXAMENES REALIZADOS:		NEUROLÓGICO	PSIQUIÁTRICO	PSICOLÓGICO			
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES</b>							
ENFERMEDADES CARDIACAS		OBESIDAD	DIABETES				
ENFERMEDADES MENTALES		HIPERTENSIÓN	OTRAS				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							
ESPECIFIQUE EL PARENTESCO DE LA PERSONA ENFERMA CON EL ESTUDIANTE:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>							

## 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 ALGÚN LOGRO ACADÉMICO:			
REALIZA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES, CUALES:			

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

DESCRIBA LA RELACIÓN 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

## 11. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Proceso de Atención Psicosocial:

“Son las acciones que ejecuta el personal del DECE para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación, dirigidas a estudiantes que se encuentren atravesando por situaciones como: inestabilidad emocional, conflictos (individual, escolar, familiar, social, adaptativo), desastre natural, vulneración de derechos, o de riesgo psicosocial que pueda afectar su desarrollo integral. 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).

Para realizar la intervención a estudiantes, es importante contar con el consentimiento informado del padre, madre o representante legal que a continuación se detalla:

Yo, \_\_\_\_\_, en calidad de representante de el/la estudiante \_\_\_\_\_, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la Institución, **AUTORIZO ( ) - NO AUTORIZO ( )**, que mi representado/a cuente con este servicio.

A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial-psicoemocional, no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que, en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la Institución Educativa que brinde dicho servicio.

### FIRMA DEL REPRESENTANTE

Nombre: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_