



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

N° DE CÓDIGO	
-----------------	--

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	

3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE: (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 ALGUN 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		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 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	
NECESITÓ REANIMACIÓN CON OXÍGENO:		SI NO	
NECESITÓ INCUBADORA:		SI NO	POR CUANTO TIEMPO
PESO AL NACER:			
TALLA AL NACER:			

✓ POST - NATAL

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

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 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	
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 COMO FUE ATENDIDO	
EL ESTUDIANTE HA TENIDO PÉRDIDAS DE CONOCIMIENTO: (desde el nacimiento hasta la actualidad)			
SI	NO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y COMO FUE ATENDIDO	
EXÁMENES REALIZADOS:		NEUROLÓGICO	PSIQUIÁTRICO
		PSICOLÓGICO	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES			
ENFERMEDADES CARDIACAS		OBESIDAD	DIABETES
ENFERMEDADES MENTALES		HIPERTENSIÓN	OTRAS
ESPECIFIQUE EL PARENTESCO DE LA PERSONA ENFERMA CON EL ESTUDIANTE:			

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 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: _____