



DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL
FICHA PSICOPEDAGÓGICA ACUMULATIVA GENERAL
AÑO LECTIVO 2024-2025

1. DATOS DE IDENTIFICACION / INFORMACIÓN N° CÓDIGO.....

Form with fields: APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE, CURSO, LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NUMERO DE CÉDULA, NACIONALIDAD, TIPO DE SANGRE, DIRECCION DOMICILIO, CALLE PRINCIPAL, CALLE SECUNDARIA, TELÉFONO. Includes a 'PEGAR FOTO' label.

2. DATOS FAMILIARES
2.1. INFORMACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA

Form with fields: APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE, EDAD, CORREO ELECTRÓNICO, ESTADO CIVIL, NIVEL DE EDUCACIÓN (Sin estudios, Primaria, Bachillerato, Tercer nivel, Cuarto nivel), Profesión, Ocupación, Lugar de trabajo, Teléfonos de contacto.

2.2. INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA

Form with fields: APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PADRE, EDAD, CORREO ELECTRÓNICO, ESTADO CIVIL, NIVEL DE EDUCACIÓN (Sin estudios, Primaria, Bachillerato, Tercer nivel, Cuarto nivel), Profesión, Ocupación, Lugar de trabajo, Teléfonos de contacto.

3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL ESTUDIANTE

Table with columns: TIPO DE FAMILIA, RELACIÓN FAMILIAR, SI, NO, Bueno, Regular, Malo. Rows include Nuclear, Extensa, Monoparental, and Otros.

4. Llenar estas casillas en el caso que el representante sea otra persona (no Papá o Mamá)

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Form with fields: APELLIDOS Y NOMBRES, CORREO ELECTRÓNICO, NIVEL DE EDUCACIÓN (Sin estudios, Primaria, Bachillerato, Tercer nivel, Cuarto nivel), Profesión, Ocupación, Lugar de trabajo, Teléfono de contacto.

OBSERVACIONES.....



5. DATOS DE SALUD

El estudiante tiene alguna condición médica específica, determine cuál.....

El estudiante padece de alergias, determine cuál:.....

Utiliza medicamentos, indique cuáles.....

Alergia a medicamentos, indique cuáles.....

El estudiante recibe atención médica, especifique el lugar.....

5.1 EN CASO DE QUE EL ESTUDIANTE TENGA ALGUNA NECESIDAD EDUCATIVA ESPECÌFICA LLENAR EL SIGUIENTE RECUADRO

NEE ASOCIADOS O NO A UNA DISCAPACIDAD (marque con una x)			
Intelectual		Multidiscapacidades (varias discapacidades de una misma persona)	
Física – Motriz		Autismo	
Auditiva		Síndrome de Asperger	
Síndrome de Rett		TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)	
Visual		TDA (trastorno por déficit de atención)	
lenguaje			
Enfermedad Catastrófica (¿indique cuál?)			
OTROS			

Observaciones:.....
.....(ESPACIO PARA EL PSICÓLOGO)

5.2 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

Ha recibido atención psicológica, psiquiátrica u otros. **Especifique:**.....

Ha culminado el tratamiento, hace que tiempo, sino no ha terminado con qué frecuencia acude a la cita médica, lugar de atención.....

Toma algún medicamento. **Especifique:**.....

Observaciones:.....
.....(ESPACIO PARA EL PSICÓLOGO)

6. DATOS ACADÉMICOS

Asignaturas de preferencia del estudiante.....

Asignaturas en las cuales ha presentado dificultad.....

Dignidades o logros alcanzados.....

Seleccionada o federada (pertenece a alguna federación)

7. ACTIVIDADES ARTÍSTICO CULTURALES

ACTIVIDADES INSTITUCIONALES

Participa en actividades extracurriculares (banda rítmica, teatro, danza etc.) indique cuáles

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

ACTIVIDADES EXTERNAS

Participa en actividades extracurriculares indique cuáles

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

8. NIVEL PASTORAL-SOLIDARIO

Religión o denominación religiosa que profesa.....

Pertenece algún grupo juvenil en la institución o parroquia, indique cuál.....

Forma parte del equipo de catequistas de su institución o parroquia, indique.....

Realiza algún trabajo solidario, señale cuál y donde.....



9. HISTORIAL VITAL (Embarazo y Parto)

Edad de la madre al momento del embarazo.....
Accidentes o enfermedades durante el embarazo.....
Medicamentos durante el embarazo.....

Características del parto

Al término Prematuro Cesárea Parto normal

Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo o al nacer el bebé (preclampsia, hipoxia, traumas, etc.)

10. DATOS DE LA INFANCIA

Table with 4 columns: Birth weight, Birth height, Gate (SI/NO), Age when started walking, Age when spoke for the first time, Lactation period, Age when used bottle, Age when learned to control sphincters.

11. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (marque con una x)

Obesidad enfermedades cardiacas hipertensión Diabetes enfermedades mentales

Otros, especifique.....

10. Realice una descripción de su hijo/a. Considere también sus costumbres, carácter, hábitos, actividades en el tiempo libre, nivel de organización y responsabilidad, valores, etc.

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

Doy fe de que la información aquí proporcionada es fidedigna de lo cual me responsabilizo firmando, pudiendo la misma ser sometida a verificación

Guayaquil,

Firma ____

Nombre de Representante:
C.I:



ANEXO A LA FICHA PSICOPEDAGÓGICA ACUMULATIVA

REFERENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS GENERALES

Forma de Trabajo (marque una x)

Fijo	<input type="checkbox"/>	Esporádico	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Ingresos/egresos de la familia

INGRESOS (mensual)		EGRESOS (mensual)	
Padre	\$	Estudios	\$
Madre		Salud	
Otros		Alimentación	
		Vestimenta	
		Vivienda	
		Otros	
SUMA TOTAL		SUMA TOTAL	

El estudiante trabaja (marque una X)

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	A VECES	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	---------	--------------------------

Porque:

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

	SI	NO	SERVICIOS	
Propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SI NO
Arrendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luz eléctrica	<input type="checkbox"/>
Prestada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Breve descripción de la vivienda			Agua potable	<input type="checkbox"/>
			SSH	<input type="checkbox"/>
			Teléfono convencional	<input type="checkbox"/>
			Tv Cable	<input type="checkbox"/>
			Celular	<input type="checkbox"/>

.....

**REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA**