



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

1. DATOS DE IDENTIFICACION / INFORMACIÓN

Nº CÓDIGO.....

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE:		PEGAR FOTO
CURSO	PARALELO	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
NÚMERO DE CÉDULA:		
NACIONALIDAD:	TIPO DE SANGRE	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		
CALLE PRINCIPAL:		
CALLE SECUNDARIA:		
TELÉFONO:		

2. DATOS FAMILIARES

2.1. INFORMACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA

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

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

TIPO DE FAMILIA			RELACIÓN FAMILIAR			
	SI	NO		Bueno	Regular	Malo
Nuclear (Padre, madre e hijo/s)			Entre Padres			
Extensa (Papá, mamá, hijos, abuelos, tíos, etc.)			Entre Hermanos			
Monoparental (madre o padre e hijos)			Alumno – Hogar			
Otros			Compañeros			

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

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRES:							
CORREO ELECTRÓNICO:							
NIVEL DE EDUCACIÓN							
SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	BACHILLERATO	TERCER	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 ESPECÍFICA 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

Peso al nacer:		Edad a la que habló por primera vez	
Talla al nacer:		Periodo de lactancia	
Gateo:	SI	Edad hasta la cuál utilizó biberón	
Edad que empezó a caminar	NO	Edad en la que aprendió a controlar esfínteres	

11. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (marque con una x)

☐

Obesidad

☐

enfermedades cardíacas

☐

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"/>	<input type="checkbox"/>
Prestada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breve descripción de la vivienda			Agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SSHH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Teléfono convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tv Cable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA