



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"  
**REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO GENERAL**

AÑO LECTIVO 201..... 201..... CURSO.....Paralelo.....

No DE CÓDIGO.....



**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN.**

**1. DEL/LA ESTUDIANTE**

Apellidos y Nombres

**Lugar y fecha de nacimiento.**  
 Provincia Cantón Parroquia Fecha de Nacimiento

**Domicilio:**  
 Parroquia Barrio

Calle Principal y Número Calle Transversal

**Cambios de Domicilio:**  
 Parroquia Barrio

Calle Principal y Número Calle Transversal

**Teléfonos**  
 Convencional..... Celular.....

**2. DEL PADRE. MADRE Y/O REPRESENTANTE**

**Padre:**  
 Apellidos y Nombres

EDAD	Estado civil	Instrucción	Profesión.	Ocupación

**Dirección**  
 Parroquia Barrio

Calle Principal y Número Calle Transversal

Teléfonos de contacto.  
 Convencional..... Celular.....



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

**Institución donde Trabaja**


Calle Principal y Número del Trabajo

Calle Transversal del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Emigrante

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

**MADRE**

Apellidos y Nombres

EDAD	Estado civil	Instrucción	Profesión.	Ocupación

**Dirección**

Parroquia

Barrio

Calle Principal y Número

Calle Transversal

Teléfonos de contacto.

Convencional.....	Celular.....
-------------------	--------------

**Institución donde Trabaja**


Calle Principal y Número del Trabajo

Calle Transversal del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Emigrante

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

**3. REPRESENTANTE LEGAL/CUIDADOR/TUTOR**

Apellidos y Nombres

EDAD	Estado civil	Instrucción	Profesión.	Ocupación

**Dirección**

Parroquia

Barrio

Calle Principal y Número

Calle Transversal

Teléfonos de contacto.

Convencional.....	Celular.....
-------------------	--------------



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

Calle Principal y Número del Trabajo

Calle Transversal del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Convencional.	Celular.
---------------	----------

#### 4. REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE

El estudiante vive con:

Padres	Madre	Padre	Hermanos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuantos: <input type="text"/>

Otros ¿Quiénes?

#### 5. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Apellidos y Nombres	Parentesco	Edad	Estado Civil	Instrucción

Lugar que ocupa en la familia.....  
 Hermanos/as que estudian en la institución.

#	Nombre de hermano/na	Año de EGB y/o Bachillerato

#### Relación familiar

Nominación	Muy Buenas	Buenas	Regulares	Malas
Padre				
Madre				
Hermanos				

Familiar con algún tipo de discapacidad.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Determinar qué tipo y quién.....

.....

#### OBSERVACIONES.....

.....

.....



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

**B. REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES.**

Ingresos/Egresos Mensuales.

#	Miembros	Ingresos	Egresos
	Padre		
	Madre		
	Otros		
	Total:		

**Condiciones de la Vivienda.**

#	Propia	Arrendada	Prestada	Anticresis	Con préstamo

Breve descripción de la vivienda.....  
 .....  
 .....

**Servicios.**

#	Luz eléctrica	Agua potable	SSH	Pozo Séptico
	Teléfono	Cable	Celular	Computadora/Internet

**OBSERVACIONES**.....  
 .....  
 .....

**C. DATOS DE SALUD.**

**El/la estudiante tiene algún tipo de discapacidad.**      Si.      NO.  
        
 Determinar cuál.....  
 .....

**El/la estudiante tiene alguna condición médica específica.**      SI      NO  
        
 Determinar cuál.....  
 .....

**El/la estudiante padece alergias.**      Si      NO  
        
 Determinar cuáles.....  
 .....

**El estudiante utiliza medicamentos específicos.**      SI      NO  
        
 Determinar cuáles.....  
 .....

**El estudiante recibe atención médica en:**

Centro de salud.	Subcentral de salud	Hospital público	Hospital privado	Clínica

**Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante.**  
 .....

**OBSERVACIONES**.....  
 .....  
 .....



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

**D. DATOS ACADÉMICOS**

Fecha de ingreso a la institución:

Año	Mes	Día

Institución educativa de donde procede

Lugar

Causas para el cambio de institución

Estudiante ha repetido años. (Especificar cual/les) .....

Asignaturas de preferencia del estudiante.....

Asignaturas que tenido dificultad el estudiante.....

Dignidades alcanzadas.....

Logros académicos.....

Participación en.....

Clubes.....

Actividades extracurriculares.....

**E. HISTORIA VITAL**

**Embarazo y parto.**

Edad de la madre	Accidentes en el embarazo

Medicamentos durante el embarazo	Especificación	
	Al término	
	Prematuro	
	Cesárea	
	Parto normal	

**Datos del Recien Nacido.**

Peso nacer	Talla nacer	Edad empezo caminar	Edad habló por primera vez	Período de lactancia	Edad hasta la cual utilizo el biberón	Edad que aprendió controlar esfínteres

**OBSERVACIONES.....**

.....

.....

.....



<b>UNIDAD</b>	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR N° 4 "ABDÓN CALDERÓN"	<b>CODIGO</b>	EDR. 04.3.7. P4.F2
<b>NOMBRE</b>	REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO	<b>VERSIÓN</b>	7.0

**Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)**

Enfermedades.....  
.....  
Accidentes.....  
.....  
Alergias.....  
.....  
Cirugías.....  
.....  
Pérdidas de conocimiento.....  
.....  
Otros.....  
.....

**Antecedentes patológicos familiares.**

#	Tipificación	Respuesta
1	Obesidad	
2	Enfermedades cardíacas	
3	Hipertensión	
4	Diabetes	
5	Enfermedades mentales	
6	Otros	¿Cuáles?

**Cómo describiría la relación del/la estudiante con:**

Madre.....  
.....  
Padre.....  
.....  
Hermanos.....  
.....  
Otros.....  
.....

**OBSERVACIONES.....**

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

**Costumbres, hábitos. (Usted puede describir, libremente: hábitos de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre, cuantas tareas tiene diariamente y tiempo que les dedica).**

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