



DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
Año Lectivo 2026 – 2027

REGISTRO ACUMULATIVO
INDIVIDUAL

Foto
actualizada
del estudiante

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN / INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/LA ESTUDIANTE:	
CI:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):	
EDAD ACTUAL:	TIPO DE SANGRE:
GRUPO ÉTNICO: Blanco____Mestizo____Indígena____Afroecuatoriano____otro	
RELIGIÓN O DENOMINACIÓN RELIGIOSA QUE PROFESA:	
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE:	
SECTOR O REFERENCIA:	
TELÉFONOS ACTUALIZADOS:	
CURSO/GRADO:	

2.- DATOS FAMILIARES

NOMBRES DE LA MADRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
Lugar de trabajo	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección del Domicilio	Número emergente	CI:
OBSERVACIONES:					

NOMBRES DEL PADRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
Lugar de trabajo	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección del Domicilio	Número emergente	CI:
OBSERVACIONES:					



NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
Lugar de trabajo	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección del Domicilio	Número emergente	CI:
OBSERVACIONES:					

Nombre de familiar o persona de referencia en caso de no podernos contactar con padre o madre:

_____ Teléfono: _____

3. REFERENCIAS FAMILIARES DEL /LA ESTUDIANTE

Personas con quien vive el estudiante: (especificar todas las personas que conforman la estructura familiar y viven en la misma casa)

Número de hermanos/as y edades:

Lugar que ocupa entre los hermanos/as: _____

¿Los padres del estudiante están en proceso de separación y/o divorcio? _____

Nombre de hermanos que estudien en la misma institución, edades y cursos

Algún familiar privado de libertad: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO ☐ OTRO ☐

Descripción de la situación familiar y relaciones entre los mismos:

▪ Relación con el **padre**

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

▪ Relación con la **madre**

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

▪ Relación con sus **hermanos** (as)

.....
.....



Familiares con algún tipo de discapacidad: SI ☐ NO ☐
 Determinar quiénes y el tipo de discapacidad

Observaciones

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

Detallar todos los miembros del grupo familiar con quienes vive el estudiante o es dependiente.

NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	INSTRUCCIÓN/PROFESIÓN	OCUPACIÓN ACTUAL	INGRESOS MENSUALES

3.2. CONDICIONES DE VIVIENDA:

Villa Departamento Casa/pisos
 Propia Arrendada Prestada
 Hipotecada/Crédito Compartida

3.3. SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA:

Luz Eléctrica Agua Potable Alcantarillado
 Teléfono Fijo Televisión Cable Internet

4. DATOS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: SI ☐ NO ☐
 Determinar ¿Cuál?

Número de carnet de discapacidad: _____ %

El estudiante recibe atención médica en:

Consulta privada ☐ Subcentro de salud ☐ Hospital público ☐ Hospital IESS ☐



Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante

Observaciones

DATOS ACADÉMICOS Y DE RENDIMIENTO

Fecha de ingreso por primera vez:

--	--	--

(DD/MM/AA) A

Qué curso _____

¿El estudiante ha repetido años? (especificar curso repetido): _____

Institución de la que proviene: _____

_____ Lugar/dirección: _____

¿EL ESTUDIANTE PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE O NEE de las mencionadas En el Reglamento-LOEI Art. 228?

Mencione la dificultad, indique si posee diagnóstico y si requiere adaptaciones curriculares (en caso de tener informe psicopedagógico y/o diagnóstico particular o por UDAI debe presentar por escrito al rector del plantel)

¿Presenta alguna situación de vulnerabilidad

Puntualice _____

DATOS ACADÉMICOS

Dignidades alcanzadas (méritos) _____

Logros académicos: _____

Eventos o actividades en las que ha participado últimamente:

Clubes o disciplinas en los que participa:

Actividades o cursos extracurriculares que realiza el estudiante:

5. HISTORIA VITAL DEL ESTUDIANTE

5.1. Embarazo y parto

Edad de la madre al embarazo: _____

Accidentes en el embarazo: _____

Medicamentos durante el embarazo: _____

Al término ☐ Prematuro ☐ Cesárea ☐ Parto normal ☐

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

6.2 Datos del/la niño/a recién nacido:

Peso al nacer: _____ Talla al nacer _____

Edad en que empezó a caminar: _____

Edad a la que empezó a hablar: _____ Periodo de lactancia: _____

Edad hasta la cual utilizo el biberón _____

Edad en la que aprendió a controlar esfínteres: orina: _____ heces: _____

6.3 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)

Enfermedades: _____ Accidentes: _____

Alergias: Cirugías: _____ Perdidas de conocimiento: _____

Otros: _____

6.4 Antecedentes patológicos familiares

Obesidad ☐

Enfermedades cardíacas ☐

Hipertensión ☐

Diabetes ☐

Enfermedades mentales ☐

Otros ☐ _____

Observaciones

6.5 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.

Firma del representante: _____

Firma del profesional DECE: _____

Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Cédula Identidad: _____

Cédula Identidad: _____