



**UNIDAD EDUCATIVA LICEO MATOVELLE**  
**CIENCIA - VIRTUD - EXPRESIÓN**  
**AÑO LECTIVO 2024 -2025**  
**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**



D.M. Quito..../.../.....

<b>1.- DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE.</b>					
<b>Apellidos y Nombres:</b>			<b>Cédula</b>		
<b>Año al que aplica:</b>		<b>Edad:</b>	<b>Lugar y fecha de nacimiento</b>		
<b>En caso de emergencia comunicarse con:</b>			<b>Teléfono</b>		
<b>El estudiante posee seguro médico</b>		Sí	No	<b>Nombre del seguro</b>	
<b>Datos del domicilio</b>					
<b>Ciudad:</b>		<b>Parroquia:</b> urbana ( ) urbana-marginal ( ) rural ( )			
<b>Barrio/Sector</b>			<b>Referencia:</b>		
<b>Dirección:</b>			<b>Teléfono:</b>		
<b>Zona:</b> norte ( ) sur ( ) centro ( )			<b>Nº de personas que viven en la casa:</b>		

**2.- DATOS FAMILIARES.**

<b>Nombre de la madre</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Instrucción</b>	<b>Profesión u ocupación</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>Horario de trabajo</b>	<b>Correo electrónico</b>		<b>#Celular</b>		<b>#Fijo</b>
<b>Estado de salud actual</b>					
<b>Nombre del padre</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Instrucción</b>	<b>Profesión u ocupación</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>Horario de trabajo</b>	<b>Correo electrónico</b>		<b>#Celular</b>		<b>#Fijo</b>
<b>Estado de salud actual</b>					

**2.1 Datos Representante Legal:**

<b>Datos del representante legal</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Celular</b>	<b>Fijo</b>
<b>Estado de salud actual</b>			

**GENOGRAMA:**

### 3.- REFERENCIAS FAMILIARES DEL ESTUDIANTE.

3.1. Estructura familiar: *especifique todas las personas que conforman la familia.*

---



---



---

3.2.-Dependencia Económica: *marque con una "x" la opción, según corresponda.*

Padres	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

3.3 Recursos Económicos: *marque con una "x" la opción, según corresponda.*

Nombre y Apellido	Parentesco	Ingreso Mensual	Prestaciones/subsidios/ becas o ayudas externas
<b>Total recursos económicos de la unidad familiar:</b>			

3.4. Número De Hermanos/As Y Edades:

---



---

Nombres de hermanos que estudian en la Institución	Edad	Año de Básica-Bachillerato/Paralelo

3.5. Cómo describe la relación del Estudiante con:

Padre	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

### 4.- CONDICIONES DE VIVIENDA.

*Marque con una "x" según corresponda:*

Situación de la vivienda					
4.1 Tipo de vivienda		4.2 Estructura		4.3 Servicios básicos	
Casa	<input type="checkbox"/> Propia	Concreto	<input type="checkbox"/>	Luz eléctrica y agua potable	<input type="checkbox"/>
Departamento	<input type="checkbox"/> Arrendada	Ladrillo	<input type="checkbox"/>	Teléfono fijo	<input type="checkbox"/>
Cuarto/s	<input type="checkbox"/> Prestada	Bloque	<input type="checkbox"/>	TV/Cable	<input type="checkbox"/>
Villa	<input type="checkbox"/> Anticresis	Adobe	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/> Con préstamo	Madera	<input type="checkbox"/>	Celular	<input type="checkbox"/>
				Computadora	<input type="checkbox"/>
4.4 Espacios de la Vivienda			4.5 Bienes Inmuebles que posee		
Sala	<input type="checkbox"/>	Lavandería	<input type="checkbox"/>	Número de propiedades que posee	<input type="checkbox"/>
Comedor	<input type="checkbox"/>	Dormitorios	<input type="checkbox"/>	Número de vehículos que posee	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>	Baño	<input type="checkbox"/>	Detalle los bienes (valor, estado)	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		



**5.- HISTORIA VITAL.**

**5.1. Embarazo Y Parto:**

Edad de la madre durante el embarazo							
Dificultades durante el embarazo							
Medicamentos durante el embarazo							
Término		Prematuro		Cesárea		Parto normal	

**5.2 Datos del niño recién nacido:**

Desarrollo motriz			
Control cefálico		Edad de gateo	
Edad a la que se sentó solo		Edad a la que camino	
Desarrollo del lenguaje			
Balbuceo		Primeras palabras	Frases simples
Conductas adaptativas			
Control de esfínteres		Tipo de lactancia:	

**5.3. Datos de salud:**

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad	Sí		No	
Determinar cuál				Calif.
Familiares con algún tipo de discapacidad	Sí		No	Quién
Ha tenido evaluaciones previas (nutricionista, psicopedagogo, psicólogo, entre otros).	Sí		No	
	Determinar cuál:			
El estudiante posee algún tipo de NEE	Sí		No	Cuál
El estudiante tiene algún tipo de enfermedad	Sí		No	Cuál
El estudiante padece alergias	Sí		No	Cuál
Especificar los medicamentos que utiliza				
Donde recibe atención médica				
Antecedentes patológicos familiares				
Obesidad		Enfermedades cardíacas		Enfermedades mentales
Hipertensión		Diabetes		Otros

**6.- DATOS ACADÉMICOS.**

- 6.1.-Institución Educativa de la que procede: \_\_\_\_\_
- 6.2.-El estudiante ha repetido años (especificar cuáles): \_\_\_\_\_
- 6.3. Asignaturas en las que ha tenido dificultad: \_\_\_\_\_
- 6.4. Asignaturas de preferencia del estudiante: \_\_\_\_\_
- 6.5. Logros académicos: \_\_\_\_\_

**7.- INDEPENDENCIA.**

**7.1 Vestimenta:** Marque con una "x" según corresponda, si el niño tiene 6 años o menos.

Se viste y desviste solo	Sí		No		Con ayuda	
Se viste correctamente	Sí		No		Con ayuda	
Al vestirse	Sí		No		Con ayuda	
Organiza, arregla y cuida sus pertenencias	Sí		No		Con ayuda	



**UNIDAD EDUCATIVA LICEO MATOVELLE**  
**CIENCIA - VIRTUD - EXPRESIÓN**  
**AÑO LECTIVO 2024 -2025**

**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**



**7.2 Aseo:** Encierre la respuesta correcta, si su hijo/a tiene 6 años o menos

Posee autonomía al lavar su cara y manos	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Posee autonomía al cepillar sus dientes	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Es autónomo al bañarse	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Cuida su apariencia personal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

**7.3 Comportamiento General:** Marque con una “x” las opciones que considere pertinente.

Líder	<input type="checkbox"/>	Aislado	<input type="checkbox"/>	Agresivo	<input type="checkbox"/>
Sumiso	<input type="checkbox"/>	Impositivo	<input type="checkbox"/>	Destructor	<input type="checkbox"/>
Pasivo	<input type="checkbox"/>	Inquieto	<input type="checkbox"/>	Extrovertido	<input type="checkbox"/>
Tolerante	<input type="checkbox"/>	Colaborador	<input type="checkbox"/>	Acata órdenes verbales	<input type="checkbox"/>

**8.- OBSERVACIONES GENERALES.**

*Describe libremente un día habitual en donde se incluya: hábitos de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre, cuántas responsabilidades tiene diariamente dentro de casa.)*

---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**Nombre del representante legal:**  
**C.I.:**