



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR  
"FRANCISCA DE LAS LLAGAS"**  
"Educar, Amar y Servir"  
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL  
AÑO LECTIVO 2019 - 2020



**PARA ESTUDIANTES QUE HAN CURSADO EN LA INSTITUCIÓN**

GRADO/CURSO \_\_\_\_\_ PARALELO \_\_\_\_\_

FOTO

**FAVOR LLENAR TODOS LOS ITEMS CON LETRA IMPRENTA CON ESFERO COLOR AZUL**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE:		
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	Edad	Grupo Sanguíneo
DOMICILIO: Calle Principal:	N° de la casa:	
Calle Secundaria:	SECTOR	
CORREO ELECTRÓNICO DEL/LA REPRESENTANTE:		

**2. DATOS FAMILIARES**

Nombre de la madre	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfonos del trabajo y/o extensión: \_\_\_\_\_

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria \_\_\_\_\_

Nombre del padre	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfonos del trabajo y/o extensión: \_\_\_\_\_

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria \_\_\_\_\_

**\*Si el estudiante no se encuentra bajo el cuidado de los padres llene estos datos**

Nombre del Representante Legal/cuidador	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfonos del trabajo y/o extensión: \_\_\_\_\_

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria \_\_\_\_\_

**3. ESTRUCTURA FAMILIAR**

Padres: Casados  Unión libre  Separados  Divorciados  Madre soltera

Hogar Reorganizado  Fallecido/a: Papá  Mamá  Fuera del país: Papá  Mamá

El/ estudiante vive con: Padre y madre  Padre  Madre  Otros

Si escogió otros, especifique nombre y parentesco \_\_\_\_\_

**4. CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Tiene alguna enfermedad: Si  No

Especificar cuál/es: \_\_\_\_\_

Tiene alergias: Si  No

Especificar cuál/es: \_\_\_\_\_

Recibe tratamientos médicos: Si  No

Especificar cuál/es: \_\_\_\_\_

Medicamentos que utiliza regularmente: \_\_\_\_\_

Tiene algún tipo de discapacidad: Si  No

Especificar la discapacidad: \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ N.º Carnet \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento Psicológico: Si  No

Especificar cuál/es: \_\_\_\_\_

**5. CONDICIONES DE VIVIENDA:**

Propia  Arrendada  Anticresis  Prestada  Con préstamo  Compartida

Vive en: Departamento  Cuartos  Casa

**Servicios:**

Luz Eléctrica  Agua potable  SSHH  Teléfono fijo  Celular  Cable

Computadora  Internet  Plan de Datos

**6. Familia y situación socio económica (detallar todos los miembros del grupo familiar con quien vive el/la estudiante)**

Nombre	Parentesco	Estado Civil	Edad	Instrucción	Profesión / ocupación	Empresa y lugar de trabajo	Ingresos
TOTAL							

EGRESOS IMPORTANTES	TOTAL (Mensual)
VIVIENDA (Arriendo, luz, agua, teléfono fijo y celular, Internet Cable)	
ALIMENTACIÓN	
EDUCACIÓN (Pensión, recorrido y otros cursos)	
SALUD	
OTROS (VESTUARIO, RECREACIÓN, TRANSPORTE)	
TOTAL	

Nº de Hermanos: \_\_\_\_\_ Nº de Hermanas \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_\_

Hermanos(as) que estudian en la Institución, Nombres: \_\_\_\_\_

Año de Educación Básica: \_\_\_\_\_ Paralelo: \_\_\_\_\_ Año de Bachillerato: \_\_\_\_\_ Paralelo: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**NOTA: Los datos consignados en esta ficha, son de absoluta responsabilidad de los padres y/o representante legal del/la estudiante, por lo que en caso de no ser correctos u omitir, el Departamento de Consejería Estudiantil no se responsabiliza de las situaciones que generen riesgos o amenazas del/la estudiante. El Departamento de Consejería Estudiantil por su parte manifiesta que la información suministrada es de absoluta confidencialidad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

CI: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_