



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"FRANCISCA DE LAS LLAGAS"
"Educar, Amar y Servir"
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**



**REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL
AÑO LECTIVO 2025-2026**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos y nombres del estudiante:	
Grado/Curso:	Paralelo:
Lugar y fecha de nacimiento:	Edad: N° de Cédula:
Dirección del Domicilio:	
Teléfono Convencional:	Teléfono Celular:
Correo electrónico del representante:	
En caso de emergencia llamar a:	Contacto:

FOTO
(Pegue la foto del estudiante aquí)
**Adicional a las fotos solicitadas en los requisitos*

2. DATOS FAMILIARES

Estado civil entre los padres:

Casados () Separados () Solteros () Divorciados () Unión libre () Otros ()

Nombres madre:	Nombres padre:
Edad:	Edad:
Instrucción:.....	Instrucción:.....
Profesión/ocupación:	Profesión/ocupación:.....
Lugar de trabajo:.....	Lugar de trabajo:
Dirección de trabajo:	Dirección de trabajo:
Teléfonos Trabajo:	Teléfonos Trabajo:
Correo electrónico:.....	Correo electrónico:.....

Señale quién será el representante legal durante el año lectivo: Papá () Mamá () Otros familiares ()
 Familiares con algún tipo de discapacidad: Si () No ()
 Especificar quién:

***Esta casilla solo se completa si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otras personas que no sean sus progenitores**

Nombre del representante legal, cuidador o tutor:.....
 Cédula de Identidad.....
 Parentesco: Edad:
 Profesión/ocupación:
 Teléfonos: Lugar de trabajo:
 Correo electrónico:.....

3. ESTRUCTURA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE)

Tabla 1 Datos de las personas que conforman el grupo familiar

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO

Número de hermanos que estudian en la Institución:
 Especifique curso/ y paralelo

4. DATOS DE SALUD:

- a. El estudiante presenta alguna discapacidad Sí () No ()
 Especifique: _____
 N° de Carnet de discapacidad: _____
- b. El estudiante presenta alguna condición médica específica *Sí () No ()
 Especifique: _____
 *Qué medicación toma: _____
- c. El estudiante presenta alergias *Sí () No ()
 Especifique: _____
 *Qué medicación toma: _____
- d. El estudiante recibe tratamiento psicológico o psicopedagógico Sí () No ()
 Especifique: _____

5. DATOS ACADÉMICOS /RENDIMIENTO ESCOLAR (SOLO ESTUDIANTES NUEVOS)

Fecha de ingreso a la institución: (DD/MM/AA) _____
 Institución Educativa de la que procede: _____
 El estudiante ha repetido años (especificar cuáles): _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proceso de Atención Psicosocial:

“Son las acciones que ejecuta el personal del DECE para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación, dirigidas a estudiantes que se encuentren atravesando por situaciones como: inestabilidad emocional, conflictos (individual, escolar, familiar, social, adaptativo), desastre natural, vulneración de derechos, o de riesgo psicosocial que pueda afectar su desarrollo integral. La intervención del DECE no corresponde a un proceso terapéutico o de evaluación”. (Ministerio de Educación, 2023, Modelo de Gestión del Departamento de Consejería Estudiantil).

Para realizar la intervención a estudiantes, es importante contar con el consentimiento informado del padre, madre o representante legal que a continuación se detalla:

Yo, _____ en calidad de representante de el/la estudiante _____, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la Institución, **AUTORIZO () - NO AUTORIZO ()**, que mi representado/a cuente con este servicio.

A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la Institución Educativa que brinde dicho servicio.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Nombre: _____

CI: _____

NOTA: Si en el transcurso del año lectivo existe un cambio en la información presentada en este registro se solicita notificar al Departamento DECE