



**DISTRITO EDUCATIVO 18D03**  
Baños de Agua Santa  
**UNIDAD EDUCATIVA BAÑOS**  
DEPARTAMENTO DE CONSERVA ESTUDIANTE - DECE  
FICHA ACUMULATIVA DEL ESTUDIANTE

Octavo año.....	FOTO OCTAVO AÑO A DÉCIMO	1° Bachillerato	FOTO PRIMER AÑO A TERCER AÑO BACHILLERATO
Noveno año.....		2° Bachillerato	
Décimo año.....		3° Bachillerato	

APELLIDOS Y NOMBRES..... DOMICILIO..... TELÉFONO.....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO..... DOMICILIO..... TELÉFONO.....

2.- DATOS FAMILIARES:

NOMBRE DEL PADRE	EDAD	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	PROFESION U OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	TELÉFONO
NOMBRE DE LA MADRE	EDAD	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	PROFESION U OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	TELÉFONO
Nombre del representante legal/cuidador/tutor	EDAD	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	PROFESION U OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	TELÉFONO

3.- REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE:

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE	NÚMERO DE HERMANOS/AS Y EDADES	LUGAR OCUPA EN LA FAMILIA	NOMBRE DE HERMANOS/AS QUE ESTUDIAN EN LA INSTITUCIÓN Y CURSO QUE SE ENCUENTRA	DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR	LA FAMILIARES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: ( ) SI ( ) NO	NOMBRES:	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE PROCEDE

3.1.- PREFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

INGRESOS/EGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	CASA:	INGRESOS/EGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA					
		PROPIA ( )	ARRENDADA ( )	PRESTADA ( )	LUZ ELÉCTRICA ( )	AGUA POTABLE ( )	S.S.H.H. ( )
PADRE							
MADRE							
OTROS							
TOTAL							

4.- DATOS DE SALUD

EL ESTUDIANTE TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ( ) NO ( )	EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA SI ( ) NO ( )	EL ESTUDIANTE PADECE DE ALERGIAS SI ( ) NO ( )	ESPECIFIQUE MEDICAMENTOS QUE UTILIZA:	EL ESTUDIANTE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN CENTRO DE SALUD ( ) SUBCENTRO DE SALUD ( ) HOSPITAL PÚBLICO ( ) HOSPITAL PRIVADO ( )	NOMBRE DEL MÉDICO ATIENDE REGULARMENTE

5.- HISTORIA VITAL

5.1.- ENFERMEDADES (DESDE LA INFANCIA HASTA LA ACTUALIDAD) DEL ESTUDIANTE	OBESIDAD	ENFERMEDADES CARDIACAS	ALERGIAS	DIABETES	ENFERMEDADES MENTALES	OTROS

