



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "ALVERNIA"**  
**"ASÍ ES COMO SE AMA"**

Dirección: Av. De la Prensa 5347 y Av. Del Maestro Telf. 2596614  
Página Web: w ww.alvernia.edu.ec - Correo: colegioalvernia@hotmail.com



**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**

**PERÍODO LECTIVO: 2024-2025**

La información proporcionada en el presente documento, es estrictamente confidencial para el DECE.

**1. DATOS INFORMATIVOS DEL/LA ESTUDIANTE:**

APELLIDOS Y NOMBRES:			
AÑO DE ESCOLARIDAD:		PARALELO:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD:		N° Cédula-pasaporte:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA: (Sector, calles y número de casa)			
NÚMERO (S) TELEFÓNICO (S):			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROSENCIA: (Estudiantes nuevos)			

Foto  
actualizada.  
**Obligatorio**

**2. ESTRUCTURA FAMILIAR:**

<b>NOMBRE DEL PADRE:</b>	Edad:	Instrucción:	Profesión u ocupación:
Lugar de trabajo:		Teléfono:	
<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b>	Edad:	Instrucción:	Profesión u ocupación:
Lugar de trabajo:		Teléfono:	
N° de hijos:		Lugar que ocupa el/la estudiante:	
Hogar organizado ( )	Hogar reorganizado ( )	Hogar adoptivo: ( )	Hogar monoparental ( )
Padres casados hace:	Padres en unión libre hace:	Padres separados hace:	
Personas con quienes vive el/la estudiante:	Padres ( ) Solo Madre ( ) Abuelos Paternos ( ) Abuelos Maternos ( )	Solo Padre ( ) Tíos ( )	Hermanos ( )



## UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "ALVERNIA"

"ASÍ ES COMO SE AMA"

Dirección: Av. De la Prensa 5347 y Av. Del Maestro Telf. 2596614  
 Página Web: w ww.alvernia.edu.ec - Correo: colegioalvernia@hotmail.com



(marque con una X)	Otros ( ) .....
--------------------	-----------------

### 3. HISTORIA VITAL Y DE SALUD DEL/LA ESTUDIANTE:

Tipo de parto:	Cesárea ( )	Normal ( )	A término ( )	Prematuro ( ) Meses:
Complicación en el embarazo: SI ( ) NO ( )	Complicación en el parto: SI ( ) NO ( )	Uso de medicación durante el embarazo: SI ( ) NO ( )		
Edad que inició a gatear:		Edad que inició a caminar:		
Edad que inició a hablar:		Edad en la que terminó la lactancia:		
¿El/la estudiante tiene alguna enfermedad?	SI ( ) NO ( )	En caso de ser positiva la respuesta, indicar la enfermedad:		
¿El/la estudiante tiene algún tipo de alergias?	SI ( ) NO ( )	En caso de ser positiva la respuesta, indicar las alergias:		
¿El/la estudiante usa medicación?	SI ( ) NO ( )	En caso de ser positiva la respuesta, indicar la medicación:		
¿El estudiante cuenta con Adaptación Curricular NEE?	SI ( ) NO ( )	En caso de ser positiva la respuesta, indicar el diagnóstico, en base al informe emitido por el profesional externo:		
¿El/la estudiante tiene alguna discapacidad?	SI ( ) NO ( )	En caso de ser positiva la respuesta, indicar el tipo de discapacidad con el número de carné:		

### 4. CONDICIONES DE VIVIENDA:

Tipo de vivienda:	Propia ( )	Arrendada ( )	Familiar ( )
Casa: ( )	Departamento ( )	Cuarto ( )	Otro:
¿Cuenta con los servicios básicos? SI ( ) NO ( )	Cuenta con internet: SI ( ) NO ( )		Cuenta con televisión por cable: SI ( ) NO ( )



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR “ALVERNIA”**  
**“ASÍ ES COMO SE AMA”**

Dirección: Av. De la Prensa 5347 y Av. Del Maestro Telf. 2596614  
Página Web: w ww.alvernia.edu.ec - Correo: colegioalvernia@hotmail.com



Nombre del representante legal:		Firma:
N° de cédula:		