**INSTITUCION EDUCATIVA FISCAL “13 DE ABRIL”**

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL

FICHA DE ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

AÑO LECTIVO 2022-2023

No CÓDIGO

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN**

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)**

**GRUPO ÉTNICO: Negro  Blanco  Mestizo  Indígena  Afro descendiente **

**DOMICILIO:**

**SECTOR:**

**CAMBIOS DE DOMICILIO:**

**TELÉFONOS:**

**2.- DATOS FAMILIARES:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la madre** | **Edad** | **Estado civil** | **Instrucción** | **Profesión/ ocupación** | **Lugar de trabajo** |
|  |  |  |  |  |  |

**Teléfonos de contacto:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del padre** | **Edad** | **Estado civil** | **Instrucción** | **Profesión/ ocupación** | **Lugar de trabajo** |
|  |  |  |  |  |  |

**Teléfonos de contacto:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del representante legal/cuidador** | **Edad** | **Estado civil** | **Instrucción** | **Profesión/ ocupación** | **Lugar de trabajo** |
|  |  |  |  |  |  |

\*Estos datos solamente se completarán cuando el estudiante no se encuentre bajo el cuidado de sus

progenitores.

**3.- FAMILIA Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (Detallar todos los miembros del grupo familiar)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Estado Civil** | **Edad** | **Instrucción** | **Profesión/Ocupación** | **Lugar/ Empresa** | **Ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTAL |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EGRESOS IMPORTANTES** | **DETALLE** | **VALOR** | **TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3.1 CONDICIONES DE VIVIENDA:**

Propia Arrendada Prestada Anticresis Con préstamo Compartida

Departamento Cuarto Casa

**Servicios:** Luz eléctrica Agua potable SSHH Pozo séptico Teléfono

Cable Celular Computadora/ internet

**3.2 CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE:**

Tiene alguna enfermedad: Sí No

Indicar cual/es:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tiene alergias: Sí No

Indicar cual/es:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Recibe tratamientos médicos: Sí No

Indicar cuál/es:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Medicamentos que utiliza:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Donde recibe atención: Centro de Salud Su centro de salud Hospital público

Hospital privado

Tiene algún tipo de discapacidad: Sí No

Indicar cuál: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

No. Carnet del CONADIS:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4.- ESTRUCTURA FAMILIAR:**

**PADRES**

Juntos Separados Fallecidos

En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco de el fallecido

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fuera del país

Especificar nombre y parentesco

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**EL/LA ESTUDIANTE VIVE CON:**

Padre/madre Madre Padre Solo/ a

Otros Especificar nombre y parentesco ………………………………………………………………………………………

OBSERVACIONES:……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**INSTITUCION EDUCATIVA FISCAL “13 DE ABRIL”**

**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL**

***REGISTRO ACUMULATIVO GENE*RAL**

**AÑO LECTIVO 2022 - 2023**

CODIGO:

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)

DOMICILIO:

SECTOR:

CAMBIOS DE DOMICILIO:

TELÉFONOS:

**2.- DATOS FAMILIARES:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la madre: | Edad | Estado civil | Instrucción | Profesión u ocupación | Lugar de trabajo |
|  |  |  |  |  |  |

Teléfonos de contacto: …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre: | Edad | Estado civil | Instrucción | Profesión u ocupación | Lugar de trabajo |
|  |  |  |  |  |  |

Teléfonos de contacto: …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Nombre representante legal /cuidador/tutor | Parentesco | Edad | Profesión u ocupación | Teléfono de contacto | Lugar de trabajo |
|  |  |  |  |  |  |

\*Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otra persona que no sean sus progenitores.

**3.- REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE:**

Personas con quien vive el estudiante: (especificar todas las personas que conforman la

estructura familiar)

………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………….……………...…………………………………………………………………………………………………………

Número de hermanos/as y edades:.......................................................................................................

Lugar que ocupa en la familia:………………………………………………………………………...

Nombre de hermanos/as que estudien en la institución y edades: …………….…………..……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Descripción de la estructura familiar:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si No 

Determinar quién: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Observaciones:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3.1 REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

Ingresos/ egresos de los miembros de la familia

|  |  |
| --- | --- |
| **Padre** |  |
| **Madre** |  |
| **Otros** |  |
| **Total** |  |
| **Total Egresos** |  |

**Condiciones de vivienda**

Propia  Arrendada  Prestada  Anticresis 

Con préstamo 

Breve descripción de la vivienda: (casa, departamento, cuarto, etc)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Servicios:** Luz eléctrica  Agua potable  SSHH  Pozo séptico 

Teléfono  Cable  celular  Computadora/ Internet 

Observaciones: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................................................................................................................

**4.- DATOS DE SALUD:**

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: Sí  No 

Determinar cuál: …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………… …………………..

El estudiante tiene alguna condición médica específica: Sí  No 

Determinar cuál: …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………

El estudiante padece de alergias: Sí  No 

Determinar cuáles: …………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Especificar medicamentos que utiliza: …………………………………………………………………………………………….

El estudiante recibe atención médica en:

Centro de salud  Subcentro de salud  Hospital Público 

Hospital Privado 

Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante: ……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………………………………..

Observaciones: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5.- DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR**

Fecha de ingreso a la institución: (DD/MM/AA)

Institución educativa de la que procede : …………………………………………………….............................................................

El estudiante ha repetido años (especificar cuál/es):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................... ……………………….

**5.1 DATOS ACADÉMICOS:**

Asignaturas de preferencia del estudiante: ………………………………………………………………………………………………………..

Asignaturas en las que ha tenido dificultad: ………………………………………………………………………………………………………..

Dignidades alcanzadas: …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

Logros académicos: …………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Participación en: …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

Clubes: …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

Extracurriculares: …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

**6. DATOS RELACIONADOS CON SALUD**

**6.1 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)**

Enfermedades:…………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................

Accidentes: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergias:………………………………………………………………………………………......…………………………………………………………………………………

Cirugías:…………………………………………………………………………………………..……………………………………………….......................................................

Pérdidas de conocimiento:………………………………………………………………………..

Otros: ……………………………………………………………………………………………

**6.2Antecedentes patológicos familiares:**

Obesidad  Enfermedades cardíacas  Hipertensión 

Diabetes  Enfermedades mentales  Otros 

**7. Cómo describiría la relación del/ la estudiante con:**

Padre:

Madre:

Hermanos/as:

Otros:

Observaciones: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. Costumbres, hábitos: (En esta parte Ud. Puede describir libremente: hábitos de sueño, hábitos alimenticios, actividades en el tiempo libre, cuantas tareas tiene diariamente y el tiempo que les dedica)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**