|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD** | **UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS**  **COLEGIO MILITAR No. 12 “CAPT. GIOVANNI CALLES”** | **CÓDIGO** | **G.C. E** |
| **NOMBRE** | **REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO (RIA)** |

**2025-2026**

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL

**REGISTRO INDIVIDUAL ACUMULATIVO (RIA)**

**FOTO**

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES DE EL/ LA ESTUDIANTE |  | | |
| CÉDULA DE EL/LA ESTUDIANTE |  | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa) |  | | |
| GRUPO ÉTNICO | Afro-ecuatoriano mestizo blanco indígena  Otro | | |
| SECTOR DONDE VIVE |  | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA |  | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL |  | | |
| PARENTESCO |  | CÉDULA |  |
| TELÉFONOS (CONVENCIONAL-CELULAR) |  | | |

1. **DATOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la madre**: |  | | **N. Cédula** |  |
| Edad |  | Profesión u ocupación: | | |
| Estado civil |  | Nombre del lugar de trabajo: | | |
| Dirección del lugar de trabajo |  |  | | |
| Instrucción |  | **Teléfonos de contacto**: | | |
| Correo electrónico |  | | | |
| Si la madre es Militar coloque la unidad o el lugar en la que se encuentra prestando sus servicios. |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del padre**: |  | | **N. Cédula** |  |
| Edad |  | Profesión u ocupación: | | |
| Estado civil |  | Nombre del lugar de trabajo: | | |
| Dirección del lugar de trabajo |  |  | | |
| Instrucción |  | **Teléfonos de contacto**: | | |
| Correo electrónico |  | | | |
| Si el padre es Militar coloque la unidad o el lugar en la que se encuentra prestando sus servicios. |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE UN FAMILIAR CERCANO QUE NO SEAN SUS PROGENITORES:** | | | | | |
| **Parentesco** | **Edad** | **Instrucción** | **Profesión u Ocupación** | **Correo Electrónico** | **Teléfonos de Contacto** |
|  |  |  |  |  |  |
| Cédula de Identidad: | | | | | |
| En caso de que uno de los padres o ambos sean migrantes especifique quien y lugar de residencia: | | | | | |
|  | | | | | |

1. **DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR:** (Personas con quien vive el estudiante, salvo madre y padre)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Instrucción** | **Ocupación** | **Edad** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descripción de la estructura Familiar: | | |
|  | | |
|  | Lugar que ocupa en la familia |  |

**Referencias de Salud de los Familiares**

|  |  |
| --- | --- |
| Familiares con algún tipo de discapacidad: SI NO | Determinar quién: |
| Posee carné de discapacidad SI NO | Observaciones: |

**Familiares del estudiante que también estudien en la institución**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres** | **Grado/ Curso** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| El estudiante posee alguna discapacidad | SI ( ) NO ( ) | **Tiene alguna condición médica Específica**: SI ( ) NO ( ) |
| Tiene carnet de discapacidad: | SI ( ) NO ( ) | Determinar cuál: |
| Número de Carnet: |  | **El estudiante presenta alergias**: SI ( ) NO ( ) |
| Tipo de Discapacidad: |  | Determinar cuáles: |
| % de Discapacidad: |  | **Medicamentos que utiliza**: |
| Observaciones: | | **Cirugía** (especifique): |
| El estudiante recibe atención médica en: Centro de Salud ( ) Médico Privado ( ) Hospital Público ( ) Hospital privado( ) | | |
| Observaciones: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problemas Visuales SI ( ) NO ( ) | Determinar cuál: | Observaciones: |
| Problemas Auditivos SI ( ) NO ( ) | Determinar cuál: | Observaciones: |
| Problemas Motrices SI ( ) NO ( ) | Determinar cuál: |  |
| Otros: | | |

1. **DATOS ACADÉMICOS/ RENDIMIENTO ESCOLAR**

|  |
| --- |
| Periodo académico que ingreso a la Institución: |
| Nivel: |
| Institución Educativa de la que procede: |
| El estudiante no fue promovido en otros años (Especificar cuáles): |
| Asignaturas de Preferencia: |
| Asignaturas que ha tenido dificultad: |
| Logros o dignidades alcanzados: |
|  |

1. **HISTORIA VITAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Embarazo y Parto** | Peso al nacer: |
| Problemas durante el embarazo: | Talla al Nacer: |
| A término ( ) prematuro ( ) cesárea ( ) parto normal ( ) |  |
| **Actividades Extracurriculares**: | |
|  | |
|  | |

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

**Firma del Representante Legal**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CÉDULA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_