|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE** | TRD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres: | Apellidos: | |
| Lugar de nacimiento: | Edad | Fecha de nacimiento |
| Tipo: TI. \_\_CC \_\_RC \_\_ otro: ¿cuál? | No de identificación | |
| Departamento donde vive: | Municipio: | |
| Dirección de vivienda | Barrio/vereda: | |
| Teléfono: | Correo electrónico: | |
| ¿Está en centro de protección? NO \_\_SI \_ ¿dónde? | | Grado en el que se encuentra: |

**Entorno Salud:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Afiliación al sistema de salud SI \_\_\_\_ No\_\_\_\_ | EPS | | | | | Contributivo | Subsidiado |
| Lugar donde le atienden en caso de emergencia: | | | | | | | |
| ¿El niño está siendo atendido por el sector salud? | Si | No | Frecuencia: | | | | |
| Tiene diagnóstico médico: | Si | No | Cuál: | | | | |
| ¿El niño está asistiendo a terapias? | Si | No | ¿Cuál? | | | Frecuencia | |
| ¿Cuál? | | | Frecuencia | |
| ¿Actualmente recibe tratamiento médico por alguna enfermedad en particular? | Si | No | ¿Cuál? | | | | |
| Solo si consume medicamentos. ¿Debe consumir medicamentos en el horario de clases? | | | Si | No | Frecuencia  Horario | | |
| ¿Cuenta con elementos de apoyo para favorecer su movilidad, comunicación e independencia? | Si | No | ¿Cuál? | | | | |
| ¿Conoce efectos secundarios de los medicamentos | Si | No | ¿Cuál? | | | | |

**Entorno Hogar:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la madre |  | | Nombre del padre | |  |
| Ocupación de la madre |  | | Ocupación del padre | |  |
| Nivel educativo alcanzado |  | | Nivel educativo alcanzado | |  |
| Teléfono |  | | Teléfono | |  |
| Dirección |  | | Dirección | |  |
| Correo electrónico: |  | | Correo electrónico: | |  |
| Nombre de quienes apoyan la crianza del estudiante |  | | Parentesco | |  |
| Teléfono |  | | Tiempo de permanencia con el estudiante | |  |
| Personas con quien vive: | | | Numero de hermanos: | | |
| Lugar que ocupa | | |
| La familia recibe algún subsidio de alguna entidad o institución | | Si | No | ¿Cuál? | |

**Entorno Educativo:**

**Información de la Trayectoria Educativa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha estado vinculado en otra institución educativa, fundación o modalidad de educación inicial? | Si | No | ¿Cuáles? |
| Ultimo grado cursado en la institución anterior | ¿Aprobó? | | Observaciones: (Motivo del cambio de institución) |
| Si | No |
| ¿Se recibe informe pedagógico cualitativo que describa el proceso de desarrollo y aprendizaje del estudiante y/o PIAR? | Si | No | ¿De qué institución o modalidad proviene el informe? |
| ¿Está asistiendo en la actualidad a programas complementarios? | Si | No | ¿Cuáles? |

**Información actual:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Año en el que llegó a la institución educativa | Grado que cursaba cuando llegó | | |
| ¿Ha reprobado años en esta institución? | Si | No | ¿Cuáles? |
| Medio que usará el estudiante para transportarse a la institución educativa: | | | |
| Diagnóstico: | | | |
| Categoría de Simat | | | |
| ¿Requiere manejo de situaciones especiales relacionadas con la salud? | | | |
| Observaciones especiales | | | |

**Nota: Responsable de diligenciamiento según las directrices de cada institución educativa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre | Cargo | Firma |