



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "FRANCISCA DE LAS LLAGAS"

Domingo Espinar Oe8 N23-73 y Diego Zorrilla
Teléfono: 2523-664 / 2232-514 Fax: 32022195
Quito - Ecuador

"Educar, amar y servir"



REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL (DECE) AÑO LECTIVO 2026-2027

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos y nombres del estudiante:	
Grado/Curso:	Paralelo:
Lugar y fecha de nacimiento:	Edad: N° de Cédula:
Dirección del Domicilio:	
Teléfono Convencional:	Teléfono Celular:
Correo electrónico del representante:	
En caso de emergencia llamar a:	Contacto:

FOTO
(Pegue la foto del
estudiante aquí)
**Adicional a las fotos
solicitadas en los
requisitos*

2. DATOS FAMILIARES

Estado civil entre los padres:

Casados () Separados () Solteros () Divorciados () Unión libre () Otros ()

Nombres madre: Nombres padre:

Edad: Edad:

Instrucción: Instrucción:

Profesión/ocupación: Profesión/ocupación:

Lugar de trabajo: Lugar de trabajo:

Dirección de trabajo: Dirección de trabajo:

Teléfonos Trabajo: Teléfonos Trabajo:

Correo electrónico: Correo electrónico:

Señale quién será el representante legal durante el año lectivo: Papá () Mamá () Otros familiares ()

Familiares con algún tipo de discapacidad: Si () No ()

Especificar quién:

***Esta casilla solo se completa si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otras personas que no sean sus progenitores**

Nombre del representante legal, cuidador o tutor:

Cédula de Identidad:

Parentesco: Edad:

Profesión/ocupación:

Teléfonos: Lugar de trabajo:

Correo electrónico:

3. ESTRUCTURA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE)

Tabla 1 Datos de las personas que conforman el grupo familiar

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO

Número de hermanos que estudian en la Institución:
 Especifique nombres, curso/ y paralelo

4. DATOS DE SALUD:

- a. El estudiante presenta alguna discapacidad Sí () No ()
 Especifique:
 N° de Carnet de discapacidad:
- b. El estudiante presenta alguna condición médica específica *Sí () No ()
 Especifique:
 Qué medicación toma:
- c. El estudiante presenta alergias *Sí () No ()
 Especifique:
 Qué medicación toma:
- d. El estudiante recibe tratamiento psicológico o psicopedagógico Sí () No ()
 Especifique:

5. DATOS ACADÉMICOS /RENDIMIENTO ESCOLAR (SOLO ESTUDIANTES NUEVOS)

Fecha de ingreso a la institución: (DD/MM/AA)
 Institución Educativa de la que procede:
 El estudiante ha repetido años (especificar cuáles):

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL (DECE)

6.1. Identificación del Responsable:

La Unidad Educativa Particular “Francisca de las Llagas”, a través de su Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), es la Responsable del Tratamiento de los Datos Personales de/la estudiante y su representante.

6.2. Finalidad del Tratamiento y proceso de atención psicosocial:

Los datos recopilados: identificativos, de salud emocional, familiares y sociales serán utilizados exclusivamente para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación de situaciones que afecten el desarrollo integral del estudiante; el Responsable de Tratamiento garantiza que esta intervención no es terapéutica ni de evaluación clínica, la intervención del DECE no corresponde a un proceso terapéutico o de evaluación. (Ministerio de Educación, 2023, Modelo de Gestión del Departamento de Consejería Estudiantil).

6.3. Autorización

Para realizar la intervención a estudiantes, es importante contar con el consentimiento informado del padre, madre y/o representante legal que a continuación se detalla:

Yo, _____ en calidad de representante de el/la estudiante _____, estudiante de _____, paralelo “_____”, año lectivo 2026 2027, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la Institución, **AUTORIZO () - NO AUTORIZO ()**, que mi representado/a cuente con este servicio. Autorizo para que mi representado/a reciba el servicio de descrito y que sus datos personales sean tratados para los fines antes descritos en el marco de las actividades de prevención, promoción y sensibilización del DECE, así mismo autorizo el registro fotográfico o audiovisual de mi representado/a como el uso exclusivo en informes de gestión institucional, cartelera escolares internas o plataformas oficiales de la Institución Educativa con fines estrictamente académicos y de convivencia, evitando en todo momento la vulneración de la honra o dignidad de mi representado.

6.4. Derechos del Titular

Declaro conocer que, como titular de los datos y de los de mi representado/a, puedo ejercer mis derechos de acceso, eliminación, rectificación, actualización y oposición, enviando una solicitud escrita a la autoridad de la institución.

6.5. Confidencialidad y Conservación

La institución garantiza la confidencialidad de la información, la cual será almacenada de forma segura únicamente durante el tiempo que el estudiante permanezca en el sistema educativo o según lo dicten las normativas legales vigentes, en caso de vulneración de derechos, la institución tiene la obligación legal de derivar el caso a las autoridades competentes conforme lo dispone las Rutas y Protocolos, sin que esto vulnere el deber de secreto.

6.6. Gobernanza se Datos Personales

- La institución no venderá, cederá ni compartirá bajo ningún concepto comercial estos datos aquí obtenidos con terceros, solo se transferirán datos a los profesionales de la Red Pública (MSP/MIES) o autoridades judiciales bajo requerimiento obligatorio legal.
- Los expedientes psicosociales se guardarán en un archivo restringido y blindado bajo la custodia exclusiva del coordinador del DECE, se conservarán durante el periodo que el alumno mantenga su matrícula activa y se custodiarán pasivamente hasta por 5 años posteriores al retiro del estudiante para fines de auditorías del Ministerio de Educación, procediendo luego a su destrucción confidencial y definitiva.
- Como padre, madre y/o representante legal del estudiante puede ejercer sus derechos de Acceso de rectificación, Cancelación u Oposición (ARCO) mediante petición física o al Delegado de Protección de Datos (PDP) pdedatos300@gmail.com o al Responsable del Tratamiento (Plantel Educativo) mediante el correo electrónico: 17h00882@gmail.com

7. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la Institución Educativa que brinde dicho servicio.

Firma del Representante Legal

Nombre: _____

CI: _____