



**RUMIÑAHUI**  
Gobierno Municipal

**DIRECCIÓN DE CULTURA, EDUCACIÓN Y RECREACIÓN**  
**RED MUNICIPAL DE CENTROS DE EDUCACIÓN INICIAL**

**FICHA ÚNICA DE MATRÍCULA**  
**AÑO LECTIVO 2026-2027**



Matrícula Nro.....

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
(ApePaterno)		(ApeMaterno)		(PriNombre)		(SegNombre)
NOMBRE CON EL QUE EL NIÑO/A SE IDENTIFICA:						
LUGAR DE NACIMIENTO						
PAÍS		PROVINCIA		CANTÓN		CIUDAD
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD AL 2 DE SEPTIEMBRE 2024		GÉNERO	
DÍA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	MASCULINO	FEMENINO
(Dia)	(Mes)	(Anio)	(Edad)		(Masculino)	(Femenino)
CÉDULA DE IDENTIDAD		(AluCedula)		PASAPORTE (EN CASO DE SER EXTRANJERO)		
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO						
PARROQUIA		BARRIO		CALLE PRINCIPAL		CALLE SECUNDARIA
		(Barrio)		(CallPrincipal)		(CallSecundaria)
NÚMERO DE CASA				REFERENCIA		
CÓDIGO ÚNICO ELÉCTRICO						
TELÉFONO CONVENCIONAL				TELÉFONO CELULAR		
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTARSE CON				TELÉFONO		
ACTUALMENTE EL NIÑO/A VIVE CON:						
MADRE ( ) PADRE ( ) HERMANOS ( X ) ABUELO ( ) ABUELA ( ) PADRASTRO ( ) MADRASTRA ( )						
PADRES ADOPTIVOS ( ) OTROS ( )						
REPRESENTANTE LEGAL: MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS:						
HERMANOS						
SI ( ) NO ( )		No de hermanos: _____		Lugar que ocupa: _____		Tuvo hermanos anteriormente en el CMEI
						SI ( ) NO ( )
DATOS GENERALES DE CONVIVENCIA						
¿CON QUIÉN JUEGA EL NIÑO(A) USUALMENTE?						
¿QUÉ TIPO DE JUEGOS PREFERE?						
SI EL NIÑO(A) JUEGA EN GRUPO, LOGRA ADAPTARSE O TIENE DIFICULTADES. ESPECIFICAR:						
SI AMBOS PADRES TRABAJAN, ¿QUIÉN SE QUEDA A SU CUIDADO?						
¿A QUÉ HORA SE ACUESTA USUALMENTE EL NIÑO(A)?						
¿CON QUIÉN DUERME EL NIÑO(A)?						



DESARROLLO DEL NIÑO(A)			
TIPO DE EMBARAZO		DESCRIBIR LA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO	
NORMAL ( )	COMPLICACIONES ( )		
TIPO DE PARTO		DESCRIBIR LA COMPLICACIÓN DEL PARTO	
NORMAL ( )	COMPLICACIONES (CESÁREA) ( )		
LACTANCIA		HASTA QUÉ EDAD	
LACTANCIA MATERNA	SI ( ) NO ( )		
BIBERÓN	SI ( ) NO ( )		
PRESENTA NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS O NO A LA DISCAPACIDAD (en caso de contestar que no siga al siguiente ítem)	DISCAPACIDAD AUDITIVA ( ) DISCAPACIDAD MOTORA ( ) DISCAPACIDAD COGNITIVA ( )	DISCAPACIDAD VISUAL ( ) OTROS ( )	
	DETALLE DE LA NECESIDAD:		
SI ( ) NO ( ) DIAGNÓSTICADO ( ) PRESUNCIÓN DEL PADRE DE FAMILIA ( ) INTERVENCIÓN DE ESPECIALISTA ( )	ALGÚN ASPECTO QUE NOS LLAME LA ATENCIÓN EN EL DESARROLLO DE NUESTRO REPRESENTADO:		
ASPECTO	ACTIVIDAD	EDAD	
PSICOMOTRIZIDAD	LEVANTÓ LA CABEZA		
	SE SENTÓ		
	GATEÓ		
	SE PARÓ		
	CAMINÓ		
	CONTROLA ESFÍNTERES SI ( ) NO ( )		
	ACUDE AL BAÑO SOLO SI ( ) NO ( )	NECESITA AYUDA PARA EL ASEO ÍNTIMO SI ( ) NO ( )	
LENGUAJE	HABLÓ LAS PRIMERAS PALABRAS		
	HABLÓ CON FLUIDEZ		
CONTROLES DE SALUD DEL ESTUDIANTE (CONTROL DE PESO Y TALLA APROXIMADO DE L NIÑO/A)			
NACIMIENTO		EDAD ACTUAL	
APGAR:		PESO	TALLA
ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE			
SEGURO MÉDICO		EN CASO DE POSEER, ESPECIFIQUE CÚAL	
SI ( ) NO ( )			



<b>VACUNAS (SE RESPALDA CON EL CARNET DE VACUNAS)</b>						
VACUNAS CONTRA EL COVID 19				OTRAS VACUNAS		
SI ( ) NO ( )	DOSIS	PRIMERA ( )	SEGUNDA ( )	REFUERZO ( )	INFLUENZA ( )	
<b>TIPO DE VACUNA:</b>						
<b>SI MARCÓ NO, ESPECIFIQUE POR QUÉ NO LO HA VACUNADO?:</b>						
<b>SUFRE DE ALERGIAS</b>	SI ( ) NO ( )		<b>TIENE EL NIÑO TODAS LAS VACUNAS OBLIGATORIAS</b>		SI ( ) NO ( )	
	ESPECIFICAR SUS MANIFESTACIONES:		<b>TIENE EL CARNET DE VACUNAS ACTUALIZADO HASTA LA FECHA:</b>		SI ( ) NO ( )	
LA ALERGIA SE DEBE A:						
NO SABE ( )						
<b>¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?</b>	SI ( ) NO ( )		¿Cuál?: _____			
<b>TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONTÍNUA POR ALGUNA ENFERMEDAD</b>	SI ( ) NO ( )		¿Cuál?: _____			
<b>TIPO DE SANGRE</b>						
<b>DATOS DE LOS PADRES DE FAMILIA</b>						
DATOS DE LA MADRE			DATOS DEL PADRE			
<b>APELLIDO PATERNO</b>	(PaternoMadre)		<b>APELLIDO PATERNO</b>	(PaternoPadre)		
<b>APELLIDO MATERNO</b>	(MaternoMadre)		<b>APELLIDO MATERNO</b>	(MaternoPadre)		
<b>NOMBRES</b>	(NombreMadre)		<b>NOMBRES</b>	(NombrePadre)		
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE (EN CASO DE SER EXTRANJERO)</b>	(CedulaMadre)		<b>CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE (EN CASO DE SER EXTRANJERO)</b>	(CedulaPadre)		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>			<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>			
<b>OCUPACIÓN</b>	(ProfesionMadre)		<b>OCUPACIÓN</b>	(ProfesionPadre)		
<b>ESTADO CIVIL</b>			<b>ESTADO CIVIL</b>			
<b>DOMICILIO ACTUAL</b>	(DireccionMadre)		<b>DOMICILIO ACTUAL</b>	(DireccionPadre)		
<b>TELÉFONO DE CASA</b>	(FijoMadre)		<b>TELÉFONO DE CASA</b>	(FijoPadre)		
<b>NÚMERO DE CELULAR</b>	(CelularMadre)		<b>NÚMERO DE CELULAR</b>	(CelularPadre)		

