



**FICHA PSICOSOCIAL-DECE**  
**AÑO LECTIVO 2026-2027**

**I. DATOS DEL ESTUDIANTE**

Centro Educativo:	
Docente:	
Nivel Inicial:	
Nombres y apellidos:	
Número de cédula del niño:	
Lugar y fecha de nacimiento:	
Edad:	
El niño/a presenta algún tipo de discapacidad:	
Dirección domiciliaria actual con calles, número y punto de referencia:	
Nombre del representante legal:	
Contacto del padre:	
Contacto de la madre:	
Correo electrónico del representante legal:	
Fecha de registro de la información:	

**II. DATOS FAMILIARES**

Parentesco	Nombre y apellido	Número de cédula	Edad	Nivel de instrucción y ocupación	Horario laboral	Lugar de trabajo	Estado civil	¿Vive en casa con el niño?
Papá								
Mamá								
Número de hermanos:				Lugar que ocupa el niño en la familia:				
MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE VIVIENDA								
Propia				Arrendada				Prestada
¿A CARGO DE QUIÉN PASA EL NIÑO/A CUANDO LOS PADRES NO ESTÁN EN CASA?								

**ESTRUCTURA FAMILIAR DEL NIÑO (marcar con una X)**

Juntos	Separados	Fallecidos	Fuera del país

**III. RESPONDA EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA**

**SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO/A**

**ÁREA DE AUTONOMÍA**

¿Se viste solo o con ayuda?	¿Come solo o con ayuda?	Control de esfínteres Diurno (día)	Control de esfínteres Nocturno (noche)	¿Usa pañal sí o no?

**ÁREA DE LENGUAJE**

Estructura de palabras - ¿A qué edad empezó a hablar?	¿Tiene dificultad actualmente en el lenguaje y pronunciación?

**ÁREA SOCIAL**

¿Se integra con facilidad o con dificultad?	¿El niño puede jugar solo?	¿Respeto turnos?	¿Mide el peligro?	¿Le cuesta al niño cumplir órdenes e instrucciones?	¿Cuánto tiempo ocupa el niño diariamente en la televisión y en el celular?

**ÁREA DE SALUD**

¿El niño/a tiene alguna enfermedad o existe alguna condición de salud que le afecte? mencione ¿Cuál? y las recomendaciones de haberlas.

.....  
.....

¿El niño/a actualmente tiene alguna evaluación o informe emitido por el neuropediatra, área de psicología? de ser el caso mencione ¿Cuál?

.....  
.....

¿El niño/a actualmente recibe algún tratamiento médico, psicológico o terapéutico? de ser el caso mencione ¿Cuál?

.....  
.....

**HORARIO DE MAYOR FACILIDAD DE PADRES DE FAMILIA PARA ACERCAMIENTO Y ATENCIÓN EN EL DECE**

Día:	Hora:

FIRMA DEL RESPRESENTANTE LEGAL:

NÚMERO DE CÉDULA:

CORREO ELECTRÓNICO: