



FICHA PSICOSOCIAL 2026
(Obligatorio completar todos los antecedentes)

Curso 2026:

--

1.- IDENTIFICACIÓN											
Nombre del estudiante:											
Fecha de nacimiento				R.U.T				Edad			
Dirección								N°			
Población						Referencia					
Teléfono apoderado (a)						Especificar parentesco					
Teléfonos alternativos 1)				2)				3)			
Previsión de salud											
Seguro privado de salud		No		Sí		¿Cuál?:					
Consultorio			V.D. Silva			A. Gutiérrez			Otros		
Usa lentes		No		Sí		Usa audífonos			No		Sí
Credencial de discapacidad		No		Sí							
2.- ANTECEDENTES PSICOSOCIALES											
Pertenece a programa mejor Niñez				No		Sí		¿Cuál?:			
Pertenece a programa familia				No		Sí		Presentar documentación a Asistente social			
Su hijo vive con:		Ambos padres		Madre		Padre		otro		¿quién?	
¿Quién posee la tuición legal del niño?											
¿Existe algún adulto que tenga prohibición de acercarse al estudiante o alguna medida de protección vigente?											
No		Sí		En caso de marcar sí, debe presentar documento vigente en convivencia escolar del establecimiento.							
*Si durante el año se genera alguna medida de cualquier índole, presentarla de inmediato a convivencia escolar.											
N° de hijos			Lugar que ocupa				N° total del grupo familiar				
3.- ANTECEDENTES FAMILIARES											
Escolaridad <small>Último curso aprobado</small>		Ocupación/oficio				Lugar de trabajo			Teléfonos del trabajo		
Madre											
Padre											
Otro cuidador											
Tipo de vivienda:		Propia		Pagándose		Arrendada		Cedida		Allegado	
Otra											
N° de dormitorios											
Pertenece algún programa JUNAEB				No		Sí					
Oftalmólogo				No		Sí					
Otorrino				No		Sí					
Dental				No		Sí					
Otro ¿Cuál?				No		Sí					
Estudiante es de origen indígena				No		Sí		Cuál:			
Requiere Postular a alimentación escolar JUNAEB						No		Sí			
*Es OBLIGATORIO presentar a Asistente Social el Registro Social de Hogares actualizado.											
Su hijo(a) presenta enfermedad crónica						No		Sí		¿Cuáles?	
*Presentar certificado médico al establecimiento											
Toma algún medicamento						No		Sí		¿Cuáles?	
Su hijo es alérgico						No		Sí		¿Cuáles?	
Su hijo se encuentra en algún tratamiento o terapia						No		Sí		¿Cuáles?	
Otros antecedentes y observaciones											

Nombre Apoderado: _____

Firma: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE TRASLADO AÑO 2026

—

Fecha ____/____/____

Yo apoderada/o dedel curso.....

SI.....NO..... Autorizo al establecimiento a trasladar a mi hijo/a , a alguna institución ya sea de salud, JUNAEB, etc. En caso de requerir atención profesional (médico, oftalmólogo, otorrino, dentista u otro). Lo anterior, debido a un diagnóstico, enfermedad y/o tratamiento.

Nombre: RUT.....

Firma:

**COMPROMISO CON EL REGLAMENTO DE CONVIVENCIA
ESCOLAR AÑO 2026**

Fecha ____/____/____

Declaro que he tomado conocimiento del reglamento de Convivencia Escolar, el cual se encuentra en la página web del establecimiento. Comprometiéndome a respetar, cumplir, hacer cumplir y aceptar todo lo que en él se dispone.

Nombre: RUT.....

Firma: